UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 7

APPENDICITE CHRONIQUE
OU
TUBERCULOSE PULMONAIRE ?

LA FIÈVRE COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1915

PAR

CHEVALIER (Alphonse-René)

Né à Charleval (Eure), le 19 janvier 1881

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	CARRIEU, Professeur, *Président.*	
	DUCAMP, Professeur.	*Assesseurs*
	GALAVIELLE, Agrégé.	
	LAGRIFFOUL, Agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1915

APPENDICITE CHRONIQUE
OU
TUBERCULOSE PULMONAIRE ?

LA FIÈVRE COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 7

APPENDICITE CHRONIQUE
OU
TUBERCULOSE PULMONAIRE ?

LA FIÈVRE COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1915

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

CHEVALIER (Alphonse-René)

Né à Charleval (Eure), le 19 janvier 1881

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : CARRIEU, Professeur, *Président.* ; DUCAMP, Professeur. ; GALAVIELLE, Agrégé. ; LAGRIFFOUL, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Chimie médicale	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU ✲, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIÈRE.	LISBONNE.

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, Président.	MM. GALAVIELLE, Agrégé.
DUCAMP, Professeur.	LAGRIFFOUL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

PRÉFACE

Ex abundantia cordis, os loquitur.

Arrivé au terme de cette longue série d'études, à cette thèse inaugurale, après laquelle j'ai aspiré dès ma première jeunesse, je sens le besoin de jeter un regard sur le passé, de remercier publiquement tous ceux dont la science, le dévouement, la bienveillance ont contribué à mon éducation, et qui me serviront de modèles dans cet avenir inconnu, derrière lequel les responsabilités s'éveillent et où je trouverai les réalités immédiates, toujours sérieuses, de la pratique médicale.

Sans doute, je n'ignore pas la modeste valeur de mes connaissances ; plus j'avançais dans le cours de mes études, plus l'horizon s'élargissait, et plus je pensais que ce que je savais était peu de chose dans l'immense étendue et la diversité des branches de la Médecine.

Cependant, j'ai conscience que ce peu que je sais, je le sais bien. Je l'ai appris dans mes livres, plus encore des lèvres de mes professeurs, et surtout au lit des malades, faisant de cet empirisme, reproché à la Faculté de Médecine de Montpellier, mais auquel, avec juste rai-

son, elle tient tant — car elle laisse à ce mot son vieux sens hellène « ἐμπειρικη », la médecine fondée sur l'expérience, et la seule vraie expérience, celle acquise à l'hôpital.

Puis, si, comme je l'espère, dans le cours de ma carrière, il m'arrive de soulager un être souffrant, je n'aurai jamais l'orgueil de l'attribuer à mon seul savoir ; avec le grand Ambroise Paré je répéterai : « Je le pansay, Dieu le guarist. »

Soyez donc remercié, cher Monsieur Lièvre, mon premier maître, mon vieil instituteur. C'est vous qui m'avez mis au cœur l'amour de l'étude, qui avez été l'artisan de ma première formation intellectuelle, qui m'avez encouragé, avec votre bon sens habituel, vers cette vie d'études qui devait être la mienne, et où je suis tant complu. Quel bonheur c'était pour moi de vous annoncer de temps à autre mes petits succès scolaires, et quelle récompense lorsque, avec l'autorité et l'expérience de votre âge, vous me disiez : « Mon ami, c'est bien ! »

Soyez remerciés, Monsieur l'abbé Leprieur, Monsieur le chanoine Herly et tous mes maîtres de l'Institution Saint-Romain ! Vous avez orné mon intelligence des plus beaux trésors des littératures française, grecque et latine, vous avez surtout formé mon cœur, qui a pris modèle sur le vôtre, et vous est toujours resté fidèle.

Que Sa Grandeur Mgr Lemonnier, évêque de Bayeux et de Lisieux, reçoive le tribut de ma respectueuse reconnaissance pour les éminents services qu'Elle voulut bien me rendre au cours de mes études !

Sois surtout remerciée, chère Université catholique de Lille, encore exilée, — mais plus pour longtemps — sur la terre de France ! Ecoute, dans cette adversité sans pareille, battre plus près de toi le cœur aimant de tes

fils. Heureux celui qui a connu la joie de vivre dans ton sein ! Sa gratitude t'est éternellement acquise.

J'ai contracté envers l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rouen une dette de reconnaissance dont je ne pourrai jamais me libérer. Il n'est pas un de mes Professeurs à l'Ecole ou de mes Maîtres dans les hôpitaux à qui je ne doive beaucoup : M. le pharmacien en chef Derivaux, M. le professeur Gascard, M. le professeur Mesnard, M. le professeur Buguet, M. le professeur Richard, M. le professeur Guerbet, M. le professeur F. Hue, M. le professeur Bataille, M. le professeur Cerné, M. le professeur Martin, M. le professeur Longuet, M. le professeur Halipré, M. le professeur Dévé, M. le docteur Fortin, M. le docteur Petitclerc, M. le docteur Didier, M. le docteur Magniaux, M. le docteur Jeanne, M. le docteur Mairet, M. le docteur Née, M. le docteur Payenneville, M. le docteur Duval.

Que M. le professeur Brunon, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, soit bien assuré que je n'oublierai jamais quel maître excellent j'ai trouvé en lui. Je savais rencontrer près de lui un accueil aimable, et je n'ai jamais été déçu dans mes espérances. J'ai appris de lui la science, l'art de l'auscultation ; j'ai compris auprès de lui toute l'importance de l'observation et de la clinique, et toute la puissance que peut donner la Médecine aux mains de celui qui l'exerce, mais aussi, quel désintéressement, quel dévouement de tous les instants elle exige, quelle probité au-dessus de tout soupçon elle requiert de celui qui s'y est adonné. Qu'il veuille bien trouver en ces lignes l'insuffisante expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

Que M. le professeur Carrieu qui, en présidant la soutenance de cette thèse, me fait un grand honneur que je

n'apprécierai jamais assez, que tous mes Maîtres si éminents de la Faculté de Médecine de Montpellier, reçoivent l'hommage de ma vive reconnaissance !

A toute ma famille, à tous mes amis, à tous ceux dont j'ai pu mériter l'estime et l'affection, qui m'ont soutenu et guidé au cours de ces années, qui parfois même ont donné tort au scepticisme du poète Ovide, disant :

Donec eris felix, multos numerabis amicos,
Tempora si fuerint nubila, solus eris,

j'adresse un souvenir ému et reconnaissant. « Il est des heures qu'on n'oublie point, et des souvenirs qui restent gravés au cœur à jamais. »

Quant à toi, chère femme, qui fus ma collaboratrice de tous les instants, dont le dévouement et la tendresse m'aidèrent à surmonter toutes les difficultés, qui ne doutas jamais du but à atteindre, te remercier serait trop petit : je t'aime un peu plus, voilà tout.

Chaumont-en-Vexin, 8 décembre 1915.

A. Chevalier.

APPENDICITE CHRONIQUE

OU

TUBERCULOSE PULMONAIRE ?

LA FIÈVRE COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC

INTRODUCTION

L'appendicite, lésion localisée au vermium, se traduit par deux ordres de symptômes : des phénomènes locaux, et des signes fonctionnels ou généraux. Ce sont en général les phénomènes locaux qui attirent l'attention du malade et qui frappent le médecin au premier examen, lui suggérant son diagnostic.

La tuberculose pulmonaire, lésion localisée au thorax, se traduit par deux ordres de symptômes, locaux et généraux; mais ici, au contraire, ce sont les phénomènes généraux qui dominent le tableau clinique, et, dans les formes du début tout au moins, c'est avec beaucoup d'attention qu'il faut examiner les sommets pour y découvrir les premiers signes de la germination tubercu-

leuse. La fièvre est un des premiers, des principaux et des plus constants des symptômes de la prétuberculose.

Il paraît donc au prèmier abord paradoxal de vouloir établir un lien entre ces deux affections en principe si différentes, et de parler de formes pseudotuberculeuses de l'appendicite.

L'appendicite aiguë, en effet, ne saurait prêter à confusion. Avec ses troubles digestifs graves, douleurs, vomissements et constipation, ballonnement du ventre, avec ces signes physiques que Dieulafoy a établis avec tant de netteté et de précision dans son trépied : douleur, résistance musculaire et hyperesthésie cutanée aux points de Mac Burney ou de Lang; avec ses phénomènes généraux rapidement aggravés : pouls rapide, instable, faible, irrégulier, facies péritonéal, température quelquefois très élevée ou hypothermique, elle présente un tableau d'ensemble absolument caractéristique et qu'il est difficile de méconnaître.

Mais, depuis les publications de Brun (1898) et de Walther (Th. Rastouil, 1901), nous avons appris à connaître des formes chroniques d'appendicite dans lesquelles les phénomènes locaux passaient au second plan. Le retentissement sur l'état général était parfois énorme sans qu'une douleur plus vive, une constipation plus opiniâtre, des signes de réaction péritonéale, aient fait chercher du côté de l'appendice l'origine d'une dénutrition parfois inquiétante.

Les publications du Congrès de Lille en 1911 nous ont instruits sur le polymorphisme de ces appendicites chroniques d'emblée dont le retentissement général peut intéresser en particulier divers appareils, et Silhol décrit longuement, à côté des formes douloureuses, des for-

mes intestinales et des formes à pseudo-occlusion, des formes hépatique, gastrique, urinaire et nerveuse.

Enfin, dans certains cas, tout signe de localisation sur un appareil peut manquer. Ce sont les formes fébriles ou les formes à intoxication pure. Que par surcroît apparaissent des signes d'une affection thoracique : toux, pleurodynie, et nous voyons alors se révéler un complexus symptomatique qui peut, on le conçoit aisément, reproduire l'aspect typique de la tuberculose au début.

Des études et des observations cliniques de Faisans sont nées les formes pseudotuberculeuses de l'appendicite chronique, les plus intéressantes parmi les formes pulmonaires de l'appendicite.

Intéressantes à plusieurs points de vue :

D'abord par la singularité de leur aspect clinique. Il n'est point banal de voir une infection localisée sur un aussi minime territoire intestinal se manifester par des phénomènes généraux tenaces et graves comme ceux de la tuberculose pulmonaire.

Ensuite par les discussions pathogéniques qu'elles soulèvent. Comment la lésion appendiculaire peut-elle provoquer l'apparition de lésions pulmonaires quelquefois réelles (congestion des bases, pleurite) et de troubles généraux tels qu'une fièvre chronique ?

Enfin par les difficultés de diagnostic qu'elles soulèvent. Il n'est pas indifférent de passer à côté d'un diagnostic d'appendicite chronique. On perd un temps précieux à des tentatives de traitement médical long, inefficace et dispendieux, alors que le traitement chirurgical peut seul donner et doit donner une guérison rapide.

Malheureusement ce diagnostic est quelquefois fort difficile. Appendicite chronique et tuberculose ont entre elles plus que des rapports anormaux de similitude.

La bonne et récente thèse de Beaugendre, si bien travaillée, étudie avec clarté et précision les liens étroits qui, dans certains cas, unissent les deux affections.

Elle nous montre, d'une part, comment l'appendicite chronique banale peut conduire à la tuberculose pulmonaire, à laquelle elle prépare le terrain par les troubles qu'elle apporte à l'état général ; d'autre part, comment la tuberculose pulmonaire peut se compliquer, au cours de son évolution, d'une localisation secondaire sur l'appendice.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il est des appendicites tuberculeuses d'emblée, qui se présentent au médecin avec un minimum de signes locaux, et dont les phénomènes généraux rappellent d'autant mieux les phénomènes d'intoxication tuberculeuse qu'ils sont dus précisément à de la tuberculose.

En sorte que, lorsque chez un malade présentant les troubles généraux de la prétuberculose on est arrivé à déceler des lésions appendiculaires, on n'est pas encore en droit de conclure à une forme pseudotuberculeuse de l'appendicite chronique. Il reste à établir : 1° qu'il n'y a réellement aucune lésion tuberculeuse du poumon et que les troubles sont dus à la seule lésion appendiculaire ; 2° que cette lésion appendiculaire elle-même n'est pas tuberculeuse.

Dans la forme pseudotuberculeuse de l'appendicite chronique simple, trois symptômes surtout sont intéressants : la toux, l'amaigrissement, la fièvre.

Lorsqu'un enfant tousse et maigrit, on songe immédiatement à la tuberculose. Mais la toux peut manquer ; dans d'autres cas, l'état général peut se conserver relativement bon. Le doute peut subsister. La fièvre, pour des esprits non avertis, ne permet plus ce doute. Une

fièvre chronique, se présentant sous forme d'élévations vespérales légères ou d'accès irréguliers, est la signature de l'imprégnation tuberculeuse. Daremberg et Chuquet en ont fait le symptôme pathognomonique de la prétuberculose.

La courbe thermique est donc le facteur essentiel du diagnostic dans les formes qui nous intéressent de l'appendicite chronique. Lorsque le clinicien hésite, c'est la fièvre qui peut le faire pencher vers la tuberculose; ce sont aussi les particularités qu'elle présente dans certains cas qui peuvent l'écarter de ce diagnostic. Elle est le symptôme essentiel et dominant de ces formes chroniques. C'est elle surtout que nous aurons en vue au cours de notre étude.

Après un aperçu historique de la question, nous étudierons successivement :

L'aspect clinique de l'appendicite chronique à forme de pseudotuberculose.

En particulier les réactions thermiques diverses que l'on peut observer.

Puis nous aborderons la question du diagnostic : appendicite chronique ou tuberculose pulmonaire.

Et nous chercherons en quoi la fièvre peut nous fournir un élément de diagnostic.

Nous essaierons enfin d'établir la pathogénie de ces formes pseudotuberculeuses et en particulier des troubles thermiques qu'elles présentent.

Notre étude aura pour base des observations et des courbes thermiques recueillies près de notre maître, le professeur Brunon, observations et courbes que nous reproduisons à la fin de notre travail.

HISTORIQUE

L'histoire de l'appendicite chronique date de ce siècle et la première observation qui nous intéresse n'est vieille que de 11 ans.

Les premières publications au sujet de l'appendicite chronique d'emblée sont de 1898. Brun et Walther ont contribué pour une égale part à isoler cette forme clinique.

Il est classique de faire remonter à Leudet (1859) nos connaissances sur la question. Mais si ce grand praticien rouennais paraît avoir entrevu la chronicité possible des lésions appendiculaires, il insiste sur l'absence dans ces cas de phénomènes généraux.

Pas plus que les travaux de Leudet, ceux de Talamon ne peuvent nous intéresser : l'appendicite chronique de Talamon est une forme à rechutes, silencieuse entre des périodes aiguës.

C'est donc une forme toute nouvelle qu'isolèrent les travaux de Brun (1) et de Walther (2). Comme toutes les

(1) Brun. — Presse médicale, 30 mars 1898.

(2) Walther. — Congrès de chirurgie, 1898.

nouveautés, rares en médecine, elle fut reprise presque immédiatement par de nombreux auteurs. L'année suivante déjà la notion d'appendicite chronique avait franchi les frontières et Ewald, en Allemagne, la présentait au Congrès de chirurgie.

Puis paraissent successivement les thèses de Montais (1), en 1900, sur l'appendicite chronique à forme dyspeptique ; de Rastouil (2), en 1901, qui étudie l'appendicite chronique en général.

En 1900, Sonnemburg (3), parmi ses formes de pérityphlite, décrit assez exactement la forme clinique de l'appendicite chronique et Longuet (4), en 1902, reprend les recherches et les études de Montais. En 1903, Siredey (5), à la Société médicale des hôpitaux, étudie les formes frustes de l'appendicite chronique. Comby (6) fait une étude semblable la même année. La Société de chirurgie s'occupe de la question. Enfin, en 1904, Delacour (7) fait rentrer certaines formes d'appendicite chronique dans le syndrome adénoïdien.

Les formes cliniques des lésions appendiculaires chroniques se précisent et se classent. Aucune allusion

---

(1) Montais. — Appendicite chronique et troubles dyspeptiques (Th. Paris, 1900).

(2) Rastouil. — Appendicite chronique (Th. Paris, 1901).

(3) Sonnemburg. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Berlin, 1900).

(4) Longuet. — Dyspepsie appendiculaire, son traitement chirurgical (Semaine méd., 4 juin 1902).

(5) Siredey. — Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique (Société méd. des hôp., 20 nov. 1903).

(6) Comby. — Les formes frustes de l'appendicite (Soc. méd. des hôp., 27 nov. 1903).

(7) Delacour. — Le syndrome adénoïdien, 1904, p. 173.

cependant n'est encore faite à un complexus symptomatique rappelant la tuberculose. Le premier rapprochement entre les deux affections a été fait en 1904 par Galliard (1). Mais son malade était réellement tuberculeux, quoique la fièvre ait rétrocédé après l'ablation du vermium.

Le premier cas réel de forme pseudotuberculeuse est de Comby (2) et fut présenté en 1905 à la Société médicale des hôpitaux.

L'année suivante, Walther, fidèle à l'étude des syndromes appendiculaires chroniques, fait publier par son élève Sainte-Marie Dodeuil (3) diverses observations de pseudotuberculose d'origine appendiculaire. L'auteur y insiste sur les difficultés du diagnostic et sur l'utilité du traitement opératoire.

En 1908, Comby (4) signale à nouveau ces formes dans les lésions appendiculaires des enfants, et Guïnard en parle très brièvement à propos des erreurs possibles de diagnostic.

C'est avec le travail de Faisans, en 1911, que débutent réellement nos connaissances sur cette question toute d'actualité. Jusque-là, diverses observations en avaient été publiées, isolées et rares ; la question de diagnostic n'avait été qu'ébauchée. Aucune étude d'ensemble n'avait

---

(1) Galliard. — Fièvre hectique jugulée par l'ablation de l'appendice chez une tuberculeuse (Soc. méd. des hôp., 1904).

(2) Comby. — Un cas instructif d'appendicite chronique (Bull. Soc. méd. des hôp., 26 mai 1905, p. 459).

(3) Sainte-Marie Dodeuil. — Tuberculose et appendicite (Thèse Paris, 1906).

(4) Comby. — Formes de l'appendicite chronique chez les enfants (Soc. méd. des hôpitaux, 6 juin 1908).

été tentée, aucune description clinique n'en avait été fournie.

Faisans isole la forme clinique et la décrit de façon magistrale dans une communication à la Société médicale des hôpitaux. Immédiatement de nombreux auteurs y reconnaissent des symptômes déjà vus et se rappellent avoir observé des cas semblables. Une longue discussion s'engage à la Société médicale des hôpitaux, à laquelle semblait réellement réservée la question de l'appendicite pseudotuberculeuse.

Siredey, Sergent, Claisse, Walther, de Massary, Poncet y prennent successivement la parole, exposent leur manière de voir et apportent leurs observations cliniques.

La même année paraissent dans la *Normandie médicale* les très belles observations de notre maître le professeur Brunon.

En octobre nous retrouvons, dans le rapport de Silhol au Congrès français de chirurgie, l'écho de ces récents travaux.

Puis viennent des thèses. En 1911, celle de Liégault, suggérée par Brunon; en 1912, celle de Pinault, conseillée par Segond, et qui s'inspire abondamment de la précédente.

La même année, dans le *Monde médical*, de Massary résume les travaux publiés, et Mériel étudie les rapports de l'appendicite et de la tuberculose.

Il nous faut encore citer les publications de Walther (1912), de Siredey (1913) et la thèse de Beaugendre, en 1914.

LA FORME PSEUDOTUBERCULEUSE DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Il s'agit le plus souvent d'un enfant, bien que cela n'ait rien d'absolu puisqu'un malade, dont nous rapportons la courbe thermique, avait 52 ans.

En général malingre et chétif, pâle, sans entrain, il maigrit sans cause apparente, tousse et fait de la fièvre, en même temps que des troubles gastro-intestinaux de gravité variable s'opposent au traitement rationnel de la tuberculose que l'on a tendance à instituer.

Quelques complications peuvent se surajouter et augmenter la ressemblance avec la bacillose : ce sont des végétations adénoïdes, de l'adénopathie cervicale ou trachéo-bronchique, des poussées pulmonaires intermittentes.

Passons en revue ces symptômes, en laissant pour la fin les troubles de l'état général, qui sont cliniquement les plus importants.

Les signes fonctionnels qui attirent surtout l'attention du sujet, ou des parents s'il s'agit d'un enfant, peuvent intéresser l'appareil respiratoire et l'appareil digestif.

Les troubles digestifs sont prédominants. L'enfant perd l'appétit. La langue est saburrale, couverte d'un épais enduit jaunâtre. Le dégoût électif pour certains aliments est caractéristique ; il est des mets qui provoquent à coup sûr la nausée et les vomissements (Walther).

Les digestions sont lentes et difficiles. Indépendamment des repas, le malade présente un état nauséeux quelquefois pénible. Ces nausées sont tantôt irrégulières, tantôt reviennent périodiquement, à heures fixes, quelquefois le matin à jeun (Obs. I). Les vomissements sont plus rares, sans caractères particuliers alimentaires. Faisans ne les signale pas.

Du côté de l'abdomen, les symptômes sont moins apparents. Quelques douleurs vagues, coliques diffuses et passagères, pincements aigus mais fugitifs (Comby). Rien de durable, de net, de localisé. A l'examen, on peut ne trouver aucun point douloureux, aucune résistance de la paroi ; l'examen est alors négatif et le diagnostic pour ainsi dire impossible. Heureusement ce n'est là qu'un calme passager. Si l'on observe régulièrement le malade, on voit bientôt apparaître des signes locaux révélateurs, dont il faut savoir reconnaître les moindres indices : tantôt sensibilité douloureuse de la fosse iliaque, tantôt résistance légère de la paroi.

Les selles sont le plus souvent régulières et normales (Brunon, Obs. II). On note quelquefois de la constipation (Obs. III). Assez souvent aussi il y a de l'entérocolite (Sergent). On peut, mais à titre transitoire, observer de la diarrhée (Brunon, Obs. I, etc.)

Ces troubles digestifs ne sont intéressants que par leur peu de netteté au cours d'une affection qui les produit en règle générale aussi graves que l'appendicite. Inverse-

ment, les troubles respiratoires y prennent une importance inusitée.

La toux est fréquente dans les formes pseudotuberculeuses de l'appendicite. Elle contribue pour une grande part à égarer le diagnostic. Elle présente à peu près les caractères de la toux tuberculeuse au début. Toux sèche, irrégulière, nocturne. Son apparition nocturne a frappé bien des auteurs (Liégault, Comby, Brunon). Elle était très nette dans une de nos observations. Dans quelques cas, le type peut varier un peu. La toux peut être quinteuse, revêtir tous les caractères de la toux d'adénopathie trachéo-bronchique ; elle peut même s'accompagner de véritables accès de suffocation (Walther). Dans notre observation V (Brunon), elle s'accompagnait de rougeur de la face et de rejet de mucosités.

Les douleurs thoraciques ne seraient pas rares, d'après Faisans. Cet auteur insiste sur un point de côté occupant la cavité droite du dos vers la partie moyenne, d'intensité et de durée variables. Un de nos malades accusait une pleurodynie intense (Obs. III). Il signale aussi de l'hyperesthésie douloureuse des fosses sus-épineuse et sous-clavière du côté droit, qui nous paraît être assez rare, car nous ne l'avons plus jamais trouvée signalée ultérieurement.

La dyspnée, sur laquelle les auteurs insistent peu, est plutôt sous la dépendance de l'état général que des lésions pulmonaires. Les enfants sont moins disposés à courir et sont essoufflés s'ils veulent monter un peu vite un escalier. Plus rarement il y a de vraies crises d'étouffement (Walther, Brunon et Hue). Delagenière a

étudié au Congrès de chirurgie ces manifestations asthmatiques de l'appendicite chronique.

Les signes physiques sont du plus grand intérêt au point de vue du diagnostic. Nous avons vu que les signes abdominaux d'appendicite étaient réduits au minimum : sensibilité diffuse, résistance légère de la paroi, ballonnement généralisé de l'abdomen.

Les signes stéthoscopiques de lésions pulmonaires diverses vont par contre faire leur apparition. Les plus constants révèlent une congestion de la base droite, et cette localisation a été si bien décrite par Faisans qu'il est devenu classsique de le plagier. Nous préférons le citer :

« On sait que dans certaines circonstances l'appendicite est capable de déterminer des foyers infectieux secondaires, non seulement dans d'autres parties du ventre, mais jusque dans la cavité thoracique. On a décrit des poussées de pleurésies sèches, des pleurésies séreuses ou suppurées et aussi des états pulmonaires variés ; congestions pulmonaires, broncho ou splénopneumonies. Ces diverses lésions se développent en général au cours d'une crise aiguë d'appendicite dont elles constituent des complications redoutables, mais elles peuvent survivre à la crise aiguë sous des formes atténuées et persister très longtemps avec de longues périodes d'assoupissement suivies de réveils passagers ; ces derniers sont provoqués sans doute par des recrudescences plus ou moins manifestes de l'appendicite ancienne, si l'on en juge par l'aggravation musculaire des troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement, et même de l'état fébrile.

» Or, au moment de ces recrudescences, l'examen du tho-

rax fait constater, au niveau de la moitié inférieure du côté droit, de la diminution du son de percussion, de la faiblesse du murmure vésiculaire et des bruits adventices complexes, frottements pleuraux, râles vibrants de bronchite, râles sous-crépitants; quelques jours plus tard, tous ces signes ont disparu, et il ne reste qu'une respiration obscure, symptôme d'une symphyse ancienne et d'atélectasie. »

Pour Sergent, le mécanisme pathogénique serait différent : Cette congestion de la base droite serait réflexe. Les lésions intestinales seraient le point de départ d'un réflexe vaso-dilatateur qui provoquerait une stase veineuse à la base du poumon droit.

A côté de cette congestion de la base dont Fernet faisait un bon signe de tuberculose, mais qui est rare cependant comme localisation primitive de la bacillose pulmonaire, on observe souvent des signes stéthoscopiques des sommets : Il s'agit le plus souvent d'une simple obscurité respiratoire au sommet droit, que cependant Brunon dit n'avoir jamais observée, et qui n'est signalée dans aucune de nos observations. L'inspiration rude, l'expiration soufflante sont signalées par Liégault. Faisans prétend avoir guéri par l'appendicectomie deux malades qui présentaient des sous-crépitants aux sommets.

Les signes d'adénopathie trachéo-bronchique peuvent se manifester avec netteté (un cas personnel) et expliquer ainsi les caractères coqueluchoïdes de la toux.

Enfin l'examen de notre malade doit nous permettre dans certains cas de découvrir des phénomènes concomitants, à rechercher systématiquement : l'adénopathie cervicale et les végétations adénoïdes.

L'adénopathie cervicale a été plusieurs fois signalée.

Une de nos petites malades présentait dans la région cervicale un ganglion gros comme une noisette englobé dans une gangue de périadénite. Walther rapporte une observation où le malade présentait de la micropolyadénite généralisée. Dans notre observation V (Brunon) on trouve signalée une chaîne cervicale.

A ces adénopathies d'allure scrofuleuse viennent s'ajouter des adénopathies profondes et en particulier de l'adénopathie trachéo-bronchique. Tous les signes en étaient présents dans notre première observation. Hutinel (1) insiste sur le rôle de cette adénopathie dans l'apparition de la toux. Pour Brunon, cette adénopathie daterait de l'enfance, due à l'appendicite qui la provoquerait par une toxhémie lente, une « appendicémie » atténuée.

Enfin la présence de végétations adénoïdes, d'une hypertrophie fréquente des amygdales entretiennent un état inflammatoire chronique des premières voies respiratoires qui explique dans bien des cas la toux et les malaises passagers. Delacour, en 1901, avait déjà montré les rapports étroits que l'on peut établir entre les végétations adénoïdes et l'appendice. La voûte du pharynx et l'appendice sont presque également riches en follicules lymphoïdes, et il n'est pas étonnant que le même tissu, dans ces deux régions différentes, participe aux mêmes réactions. Delacour insiste sur la coexistence fréquente de l'adénoïdisme et de l'appendicite chronique.

L'importance de cette complication dans l'apparition des troubles pulmonaires apparaît nettement dans une observation de Walther (Soc. méd. des hôp., 31 mars 1911). « A cause des troubles respiratoires, la mère conduit l'enfant à un médecin qui fait des piqûres d'eau de

(1) Hutinel. — Journal des praticiens, avril 1909.

mer et conseille l'ablation des végétations et des amygdales. Les végétations sont raclées, les amygdales morcelées. Pendant un an, à la suite de l'opération, l'état est amélioré. »

Il existait des végétations adénoïdes dans les deux premières observations de Brunon. Deux de nos malades furent opérés à la suite d'une poussée plus grave de pharyngite.

Ainsi qu'on le voit, signes fonctionnels et signes physiques s'assemblent pour donner l'aspect d'une tuberculose à marche lente, au début.

Les troubles généraux concourent pour une grande part à maintenir l'erreur et simulent exactement ceux de l'intoxication bacillaire. Comme des tuberculeux, les sujets présentant une appendicite chronique sont pâles, amaigris, asthéniques et fébricitants.

La pâleur attire l'attention immédiatement. Nous trouvons cette pâleur signalée dans l'observation II de Brunon: sa petite malade « était d'une pâleur cireuse et très émaciée ». C'est la face surtout qui est décolorée, les conjonctives sont exsangues, les lèvres à peine rosées. Les yeux sont cernés et excavés (Obs. I, II, IV).

A la pâleur vient souvent s'ajouter une légère teinte jaunâtre, un subictère passager. Cette coloration signalée par Liégault est assez caractéristique, car elle traduit une réaction momentanée du foie à la suite des poussées latentes d'appendicite. Ce subictère a été noté avec précision dans notre première observation.

L'amaigrissement est quelquefois considérable. Il est presque constant à un degré quelconque. Il est quelquefois, au début, le seul symptôme. Dans un cas de Comby,

le malade se plaint surtout d'avoir depuis quatre ans maigri d'une façon inquiétante : il aurait, dans le courant de ces quatre années, perdu 14 kilogrammes. Une malade de Walther, de octobre 1910 à mars 1911, a maigri de 15 livres.

Cet amaigrissement peut être, comme dans les deux cas précédents, progressif et continu. D'autres fois il est plus brusque, interrompu de périodes pendant lesquelles le malade mange et engraisse ; puis revient une poussée avec réapparition des troubles dyspeptiques et de nouveau perte de poids (Brunon, Walther).

Faisans a bien exposé ces deux évolutions différentes : « Ces malades maigrissent à vue d'œil, d'une manière régulière et graduelle, et avaient perdu, depuis quelques mois, 10 à 20 livres de leur poids. D'autres fois l'amaigrissement datait de plusieurs années, mais alors il procédait par à-coups suivis de périodes pendant lesquelles l'embonpoint tendait à augmenter. »

L'asthénie est également signalée dans nombre d'observations. Brunon l'avait notée comme un symptôme fréquent, et Faisans l'avait bien décrite : « Ces malades ont une sensation de lassitude que rien ne justifie ; ils sont sans force, inaptes à tout travail régulier, fatigués dès le réveil. » Notre petite malade se traînait, sans énergie, d'un fauteuil à l'autre, ne s'intéressant à rien, sans vigueur, sans entrain (Obs. I). Le repos de la nuit, au lieu de leur rendre leur énergie, laisse ces malades dans le même état d'abattement.

Les troubles dyspeptiques, en somme souvent légers, l'amaigrissement, qui n'est pas toujours considérable, ne suffisent pas à expliquer l'asthénie de ces pseudo-tuberculeux. A la fatigue physique se joint chez eux une dépression cérébrale intense : « Bref, ils présentent cette

forme atténuée de neurasthénie qui fait partie de la symptomatologie normale de la tuberculose. »

Ainsi qu'on le voit, tout concourt à donner le tableau clinique de la prétuberculose, quelquefois même de la tuberculose au début. Obscurité des signes appendiculaires qu'il faut rechercher avec soin et qui peuvent même, pendant de longues périodes, manquer absolument. Apparition de troubles pulmonaires : toux, point de côté, dyspnée, que précisent dans certains cas les signes physiques : congestion de la base droite, pleurite, obscurité des sommets. Existence de lésions tuberculogènes ou d'origine en apparence tuberculeuse : végétations adénoïdes, adénopathie cervicale et médiastine. Troubles presque constants et souvent graves de l'état général : amaigrissement progressif, anémie, asthénie.

Devant un pareil ensemble de symptômes, il est impossible de ne pas songer à la tuberculose. Pour faire la preuve du diagnostic, on interroge le thermomètre, on examine la courbe thermique. Nous allons voir que ce symptôme encore tend à rapprocher de la tuberculose les formes qui nous intéressent de l'appendicite chronique.

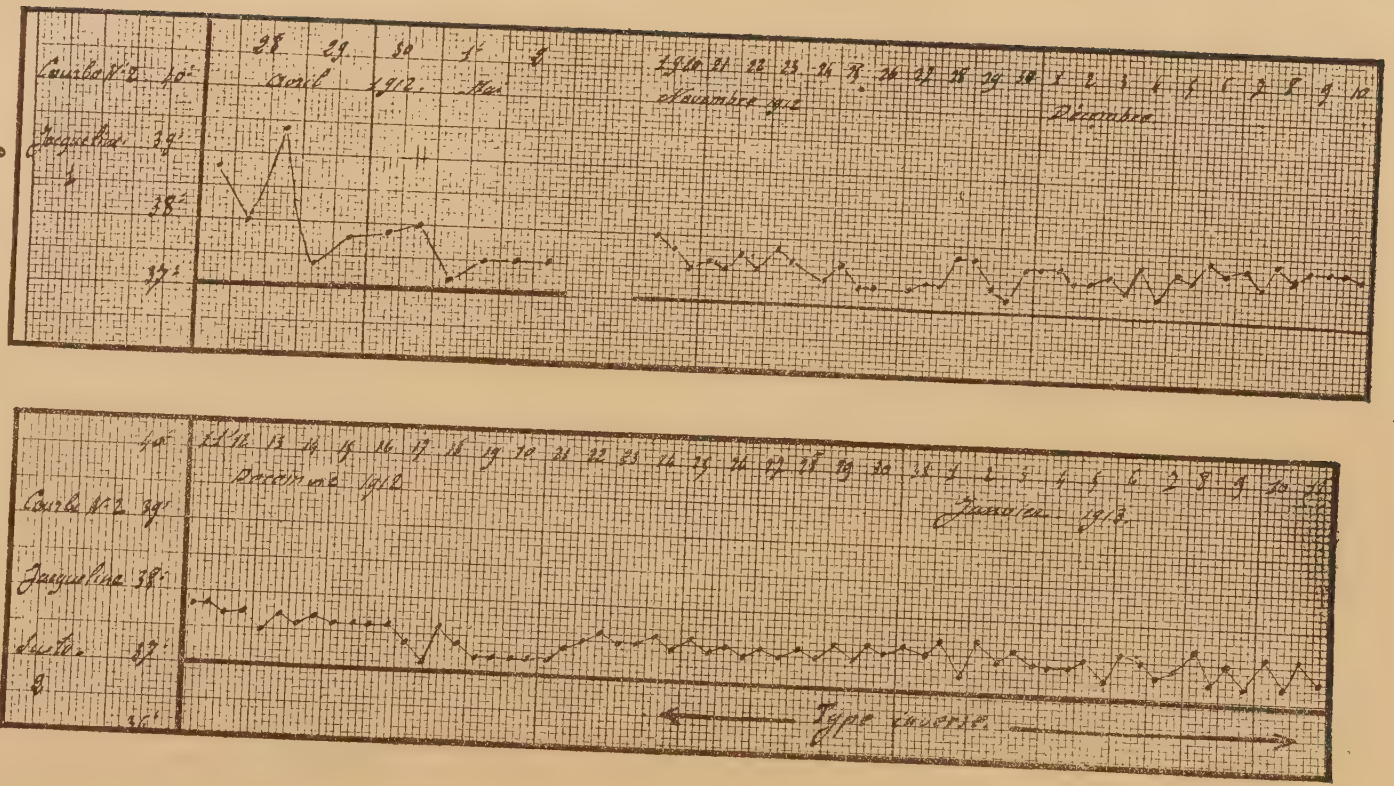
LA FIÈVRE DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE PSEUDOTUBERCULEUSE

La fièvre constitue le symptôme caractéristique des formes pseudotuberculeuses d'appendicite chronique. Faisans, dans son mémoire, la décrit longuement. Brunon attire sur elle l'attention, et tous les auteurs depuis l'ont observée.

Cette fièvre peut se présenter sous des types divers. Nous examinerons d'abord les caractères de la courbe thermique en elle-même, pour étudier ensuite les signes cliniques de cette fièvre.

Faisans a bien décrit *la fièvre continue* caractéristique de certaines formes. C'est « une fièvre permanente, que l'on peut appeler chronique au même titre que l'affection qui lui donne naissance. C'est une fièvre vespérale, toujours peu intense, atteignant rarement et ne dépassant presque jamais 38°, caractérisée par un écart anormal de 6 à 10 dixièmes entre la température du matin et celle du soir ».

Nous rapportons un très bel exemple de fébricule semblable avec l'observation de la petite Jacqueline. Nous n'avons pu donner en entier cette courbe, mais on en pourra apprécier l'allure générale à la courbe 2 qui cor-


Courbe N°2
Jacqueline
Décembre
Type courbe

respond à décembre 1912 et janvier 1913. Pendant 14 mois, du mois d'avril 1912 en juin 1913, nous avons pu suivre la petite malade. Jamais la température ne s'est abaissée au-dessous de 37°. 4 fois seulement, et pendant un seul jour, elle s'est élevée au-dessus de 38°, sauf en juin 1913 où la petite malade fit une angine assez grave.

Les différences du matin au soir étaient peu importantes et ne dépassaient pas en général 3 à 4 dixièmes.

Dans une autre observation, celle de la jeune Nelly, nous voyons encore (courbe 4), après quelques oscillations plus importantes, s'établir ce régime chronique de la fébricule vespérale.

Ce qui frappe, dans des cas semblables, c'est la régularité et la chronicité de la fièvre. Brunon la définit par les trois qualificatifs : « permanente, chronique, vespérale», et il en donne, dans notre observation VII, un fort bel exemple. Faisans écrit : « J'ai vu des malades suivis pendant 1 an, 15 et 18 mois, et chez lesquels on constatait, avec une régularité désespérante, un écart d'un degré entre la température du matin et celle du soir. »

Comment simuler mieux l'accès fébrile quotidien des tuberculeux ? On peut même, dans certains cas, observer une température plus élevée le matin que le soir, rappelant le type inverse de la bacillose. Chez la petite malade de notre observation II, le type inverse s'installa vers la troisième semaine de décembre 1912 et se maintint pendant plus d'un mois (courbe 2), les écarts atteignant parfois 5 à 6 dixièmes.

Ce type inverse paraît être cependant assez rare et cet exemple est le seul que nous en ayons recueilli.

Par contre, ce qui augmente encore la ressemblance avec la tuberculose, c'est la façon dont la température se laisse influencer par le mouvement et la fatigue. Faisans

l'avait remarqué déjà et disait que le travail intellectuel, les repas, avaient sur elle la même action que l'exercice. Il met ainsi en défaut la loi de Daremberg : « La fièvre provoquée ou aggravée par l'exercice est caractéristique de la tuberculose », et soutient que cet effet de l'exercice doit se produire sur toutes les fièvres de quelque durée.

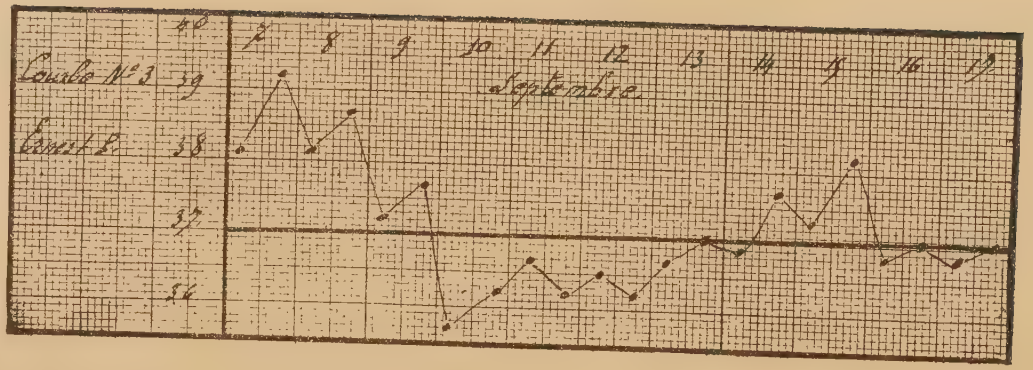
Brunon, dans notre observation V, offre un exemple assez typique démontrant l'action de l'exercice et de la fatigue sur la température. Sa petite malade, âgée de 8 ans, tousse et fait de la fièvre toutes les fois qu'elle s'est agitée ou fatiguée. Il nous dit ailleurs que la fatigue nécessaire pour un départ à la campagne suffit à faire monter la température de ces malades que l'on dépaysait justement pour obtenir une chute thermique.

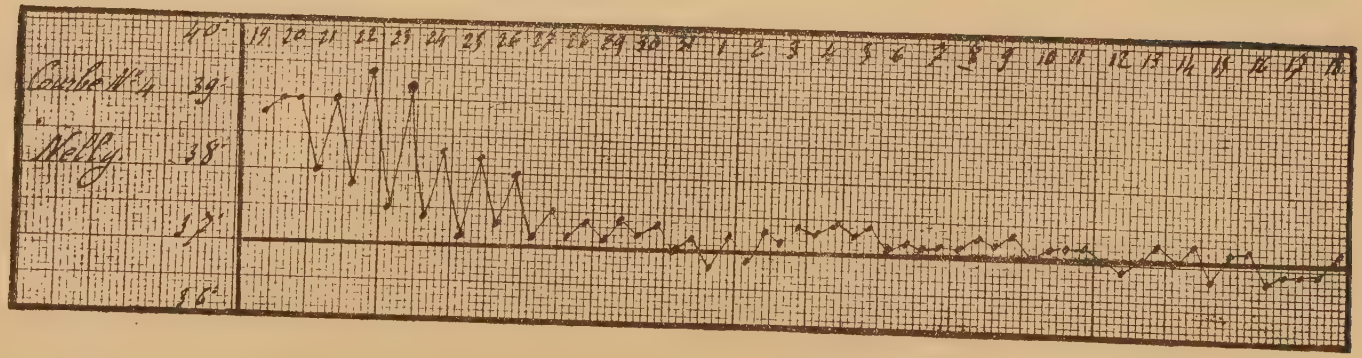
Dans notre observation VII, Brunon écrit : «Le séjour à la campagne n'a donné aucune amélioration. La fatigue du déplacement a donné de grandes oscillations : 37° le matin, 39° le soir. Après un mois de séjour à la campagne il y a plutôt aggravation. La température du soir ne descend plus au-dessous de 38°, elle oscille entre 38° et 39°.

Plus typique encore est le malade de Claisse : « Bien au courant des choses de la médecine, connaissant l'épreuve de Daremberg, le malade prend sa température au retour de courtes promenades, constate qu'elle s'élève à 38° et au-dessus, me communique ses craintes, et je ne puis m'empêcher de les partager. »

Comme on le voit, l'exacerbation des phénomènes fébriles par la fatigue est un signe fréquent et net de la fièvre chronique des appendiculaires.

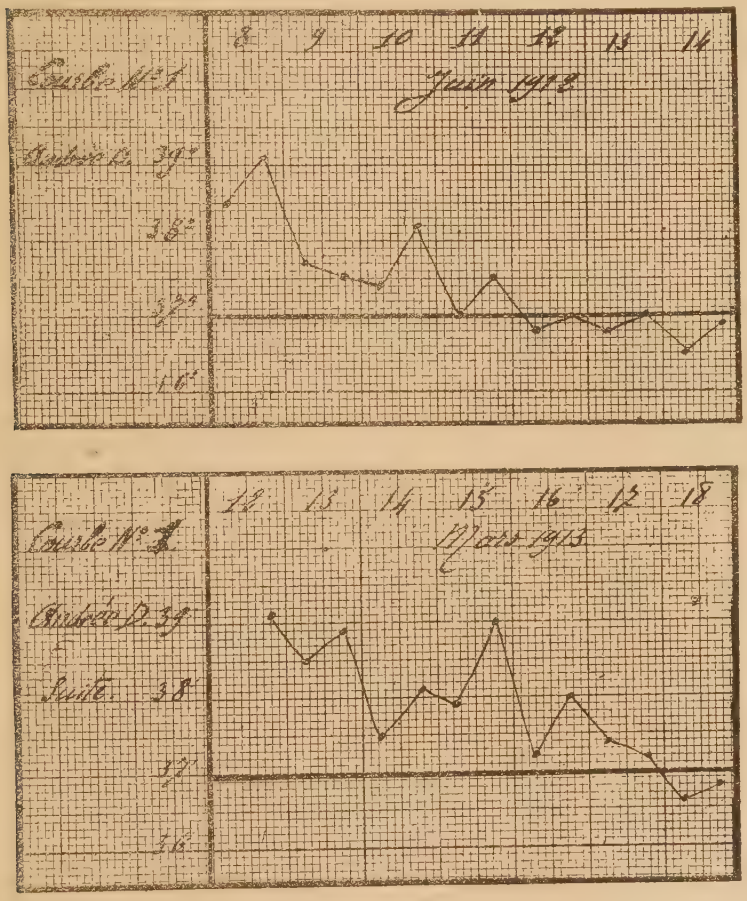
Tels sont donc les principaux caractères thermométriques du premier type fébrile, le plus commun : Fièvre


40
39
38
37
36
Courbe N° 3
Courbe N° 2
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
Septembre.


40
39
38
37
36
Courbe N° 1
Kelly
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

chronique, continue, légère, accrue par l'exercice et la fatigue.

Dans quelques cas rares, le phénomène s'accentue, la température du soir est plus élevée, de *grandes oscillations* s'installent. Nous avons cité plus haut le cas de



Brunon (Obs. III), nous en donnons un exemple au début de la courbe de Nelly (courbe 4).

A côté de ce type continu, il en est un autre qui procède par poussées subaiguës intermittentes. Plus rare,

il n'en est pas moins intéressant, parce qu'aussi bien que le premier il peut contribuer à égarer le diagnostic en simulant les symptômes fébriles des poussées pulmonaires subaiguës.

Un exemple assez intéressant nous en est fourni par notre observation I (courbe 1). Avant de voir s'installer sa fébricule chronique, l'enfant fit à plusieurs reprises des accidents passagers. La température monte plus haut que dans les cas précédents, elle peut atteindre 39°, les dépasser même. Elle oscille pendant deux ou trois jours, puis redescend assez rapidement, et il est rare qu'elle se maintienne plus de 5 à 6 jours. Trois poussées du même genre dans notre observation IV.

Une semblable élévation thermique coexiste souvent avec une poussée d'angine ou d'entérite. Mais il faut quelquefois rechercher les symptômes cliniques avec assez d'attention pour ne pas rapporter la fièvre à la toux nocturne, sèche, fréquente, qui l'accompagne souvent.

Le phénomène est évidemment beaucoup moins intéressant lorsqu'une crise appendiculaire nette coïncide avec l'élévation thermique. Il importe cependant de suivre, dans certaines formes d'appendicite chronique, la discordance entre la température et les phénomènes douloureux.

Nous rapportons (courbe 3) la courbe du malade Ernest P., instructive à ce point de vue. Entré à l'hôpital le 7 septembre avec des troubles surtout pulmonaires : toux, pleurodynie, sueurs, quelques nausées, pas de vomissements, il n'attire nullement l'attention sur son abdomen et l'on ne découvre qu'à l'examen un point de Mac Burney assez douloureux. La température est à 39°2. Elle baisse en quatre jours, à mesure que passe la pleurodynie et que diminue la douleur dans la fosse iliaque. Le

14 septembre, la douleur avait complètement disparu et on commençait à alimenter le malade lorsqu'il fit, pendant deux jours, une nouvelle élévation thermique, sans troubles abdominaux, sans réapparition de douleurs.

Il ne nous paraît pas utile de décrire en un type à part les formes dans lesquelles les accès fébriles ne sont plus séparés par des intervalles absolument normaux : la température, entre deux accès, reste au-dessus de 37°. Il s'agit, dans ces cas, soit d'accès trop rapprochés pour que la température ait le temps de tomber, soit de petites poussées au cours d'une fièvre chronique, comme nous le montre la courbe de la petite Jacqueline.

Tels sont les caractères thermométriques de la fièvre qui peut se présenter sous deux aspects principaux. Le plus souvent petite température vespérale, chronique, continue, influencée par la fatigue, affectant rarement le type inverse. Plus rarement accès passagers, isolés, peu graves, et ne se prolongeant pas au delà de 5 à 8 jours.

Quels sont les caractères cliniques de cette fièvre, les troubles fonctionnels ou généraux qui l'accompagnent ?

Nous avons déjà signalé l'asthénie et la pâleur de ces malades. Il n'est pas certain qu'elles soient liées à l'état fébrile ; et, dans certains cas, la fièvre est un phénomène absolument isolé. Dans notre observation VII (Brunon), la fièvre monte brusquement à 38°4, et cependant « la malade n'accuse aucune douleur, il n'y a ni céphalée, ni insomnie, ni constipation, ni diarrhée. Pas de vomissements, pas d'épistaxis.... La jeune fille déclare qu'elle n'est pas malade. Pas de toux, rien à l'auscultation ».

Cependant, si l'on examine avec soin les malades, on voit que bien rarement la fièvre apparaît seule, sans son

cortège habituel de signes fébriles. Frissons, abattement, sensation pénible indéfinissable, accompagnent l'élévation thermique, ainsi que le soutenait Faisans. Les appendiculaires « sentent » leur fièvre.

Les modifications du pouls accompagnent les modifications de la température et la courbe des pulsations reste parallèle à la courbe thermique. Dans le cas cité plus haut de Brunon, le pouls reste aux environs de 90 ; en général il s'accélère, et Pinault nous le montre s'élevant à 110 et même 120 pulsations par minute (il a atteint 120 dans notre observation II); il se maintient aux environs de 100 dès que la température s'élève dans notre observation I.

La sueur des tuberculeux est rarement retrouvée au cours de l'appendicite. Faisans la décrit cependant avec assez de détails, sueur nocturne qui serait souvent exagérée par l'imagination des malades et surtout des médecins, prévenus par le diagnostic posé de tuberculose. Il suffit qu'à la fin de l'accès fébrile du soir un peu de sueur se produise, « et celle-ci ne manque pas d'être élevée, sous le nom de sueurs nocturnes, à la hauteur d'un symptôme capital ». De Massary insiste sur l'existence de ces sueurs.

Ce symptôme, pour le moins, est rare, Renon ne le signale pas dans son article de la *Normandie médicale*, et nous ne l'avons retrouvé que dans une observation (Obs. III).

Chez notre malade de l'observation I, il y eut des sueurs, mais à titre de symptôme passager et sans importance.

On voit donc que, dans certaines formes d'appendicite chronique, la fièvre peut exister indépendamment de tout autre symptôme, et cela pendant un temps fort

long. Si cette fièvre s'accompagne d'une sensation de malaise vague qui attire l'attention du malade, l'oblige à s'analyser ou à se faire examiner et fait découvrir l'élévation thermique, aucun trouble de l'état général peut ne l'accompagner, frissons et sueurs peuvent manquer. Et c'est alors avec un ensemble de symptômes réduits au minimum qu'elle se présente : accélération légère du pouls et lassitude vague.

Nous avons déjà parlé à propos de ses formes de l'évolution de la fièvre. Tantôt essentiellement chronique et se prolongeant pendant des mois, sans une seule rémission, tantôt procédant par accès espacés, de gravité variable, présentant rarement les grandes oscillations de la fièvre hectique, elle se prolonge ou se répète jusqu'à l'intervention chirurgicale.

Aucun traitement médical n'a de prise sur cette hyperthermie. Les régimes diététiques, les traitements climatiques sont sans action. Seule, l'extirpation de l'appendice produit une sédation immédiate.

Dans l'observation de Brunon et de Hue, après l'appendicectomie, l'abaissement de la température est immédiat.

Dans notre observation VII (Brunon), la fièvre, après l'opération, n'a pas reparu.

Le malade de Walther fut également guéri, comme aussi l'enfant de notre observation IV.

Mais le cas le plus net à ce sujet est fourni par l'observation de Galliard. Son malade présentait depuis longtemps les grandes oscillations de la fièvre hectique. Le diagnostic de tuberculose s'imposait. Cependant l'appendicectomie fit rétrocéder définitivement, jugula, suivant l'expression de l'auteur, cette fièvre tenace : « Le soir de l'opération, au lieu de s'élever à 39°6, comme la

veille, la température se maintient à 36°8. Le lendemain 36°8 et 37° ; donc la fièvre n'existe plus. Une seule fois, pendant la nuit, on note 39° ; mais ensuite l'apyrexie persiste. Jusqu'à la fin du mois la température se maintient à 37° et au-dessous.

» D'ailleurs, le rétablissement s'accomplit avec rapidité. La diarrhée, qui s'était manifestée pendant quelques jours après l'opération, disparaît. L'appétit est satisfaisant. Le 9 février (1 mois et 7 jours après l'opération), la malade regagne son poids de 48 kilogr., précédemment noté. »

DIAGNOSTIC

Appendicite chronique ou tuberculose pulmonaire ?

Certaines formes d'appendicite chronique, nous venons de le voir, se présentent à nous sans aucun signe manifeste de lésion abdominale. L'état général, chez ces malades, paraît seul atteint ; ils maigrissent, soit lentement et progressivement, soit par à-coups successifs coïncidant avec des signes de gastro-entérite légère. Ils présentent un état d'abattement, d'asthénie caractéristique. Le soir leur température monte aux environs de 38°. Ajoutons à cela que la plupart de ces sujets sont des tousseurs qui présentent une petite toux sèche, nocturne, rarement accompagnée d'expectoration muqueuse.

Si l'on voulait décrire les symptômes de la tuberculose au début, l'on ne ferait pas mieux. Les signes physiques viennent augmenter encore la ressemblance en nous révélant de la congestion chronique à la base droite, ou des signes d'induration du sommet, ou de la bronchite.

Rien d'étonnant à ce que, d'emblée, le diagnostic s'égare vers la bacillose pulmonaire.

Et cependant, dans nombre de cas le diagnostic fut fait. C'est donc que quelque chose de spécial dans l'allure de la maladie fait hésiter le clinicien instruit, soit que des signes abdominaux plus nets aient à un moment donné attiré son attention vers l'appendice, soit que certaines particularités des symptômes l'aient fait hésiter à parler de tuberculose, soit enfin que, averti de l'existence de ces formes, il se soit conformé au précepte de Comby : dans toutes les affections chroniques, songer à l'appendicite dont les formes larvées exposent à de graves erreurs. Il aura alors recherché systématiquement les points douloureux et découvert une douleur légère au Mac Burney.

1° Des signes abdominaux attirent l'attention du côté de l'appendice.

Nous ne voulons évidemment pas parler ici des formes chroniques dans lesquelles une douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, accusée par le malade lui-même, impose le diagnostic. On ne saurait parler dans ces cas de forme pseudotuberculeuse, et tout au plus s'agit-il des formes fébriles, bien décrites par Silhol, si la fièvre est un symptôme prédominant, ou des formes thoraciques en général sur lesquelles a insisté Euzière (*Montpellier médical,* 1910). Il s'agit alors de complications thoraciques ou générales de l'appendicite.

Mais il est nombre de cas où la douleur abdominale, trop légère ou trop diffuse pour imposer un diagnostic d'appendicite, doit nous déterminer à un examen plus aprofondi qui permettra d'éviter l'erreur : Comby insiste sur la fréquence de ces phénomènes douloureux chez l'enfant. Le plus souvent douleur vague, que le malade cependant localise en général à droite de l'ombilic ; elle peut parfois s'exacerber sous forme de pincements aigus,

fugitifs, qui pendant quelques instants courbent le malade en avant et l'obligent à interrompre son travail ou ses jeux (Brunon). Subite dans son apparition, elle s'évanouit en quelques minutes ou quelques heures après les mouvements brusques, la fatigue ou la secousse qui l'ont provoquée.

Cette douleur peut, chez l'adulte malade, présenter des irradiations à distance ou un siège anormal : flanc, foie, rein, thorax (Brunon), cordon spermatique (Liégault). De toute façon elle doit nous inciter à examiner l'abdomen.

Lorsqu'elle manque absolument, ce qui, nous l'avons vu, se produit assez fréquemment, on peut la retrouver à l'interrogatoire. Le malade de Claisse « se souvient qu'à l'âge de 11 ans (il en avait 29 quand on l'examina) il a eu à maintes reprises, pendant environ 6 mois, des crises abdominales excessivement pénibles : il criait, se roulait à terre, restait allongé quelques heures, puis tout rentrait dans l'ordre ».

Les phénomènes n'ont pas toujours été aussi nets, mais, quand on interroge le malade, on retrouve souvent dans les antécédents des coliques fréquentes, des crises douloureuses passagères.

Or les coliques et les douleurs abdominales s'observent au cours de la tuberculose. Mais l'entérite tuberculeuse n'est pas une lésion du début, elle est presque toujours secondaire à des lésions pulmonaires aisément décelables. Elle s'accompagne de diarrhée abondante, séreuse, chronique, alors que celle-ci est rare, passagère dans l'appendicite, et remplacée dans l'immense majorité des cas par la constipation.

La péritonite bacillaire est indolore ; et il serait par trop théorique de comparer la résistance de la paroi de

Mac Burney à la sensation de dureté que fournit la péritonite. Même s'il n'y a pas de matité en damier, la résistance localisée et uniforme ne rappelle en rien la résistance inégale et diffuse des agrégats fibro-caséeux.

2° Des caractères anormaux, des troubles généraux et des signes pulmonaires « font penser qu'il pourrait bien être question d'autre chose que de la tuberculose » (Faisans).

L'amaigrissement est un des symptômes cliniques de la prétuberculose. Mais cet amaigrissement est moins intense, et, lorsqu'il s'accentue dans les proportions graves que nous avons indiquées plus haut, il est exceptionnel, pour ne pas dire impossible, que des lésions pulmonaires nettes ne se soient pas encore manifestées. Il est des cas d'appendicite chronique dans lesquels l'amaigrissement existe déjà depuis des années, sans que se soit encore manifestée la moindre localisation pulmonaire (4 ans, Comby).

Les troubles de la nutrition, dans les cas qui nous intéressent, ne relevant pas d'une imprégnation toxique, sont sous la dépendance immédiate et manifeste des troubles dyspeptiques. Or la dyspepsie des appendiculaires ne rappelle nullement la dyspepsie des tuberculeux : anorexie inconstante, langue saburrale, épaisse, jaunâtre, nausées fréquentes et continues. Vomissements sans rapport avec la toux, coliques avec constipation, rarement alternatives de constipation et de diarrhée, quelquefois entérocolite muco-membraneuse (Obs. I) constituent un ensemble important et assez caractéristique auquel l'ictère léger et passager peut venir s'adjoindre. C'est là plus que de la dyspepsie, c'est de la gastro-entérite chronique à laquelle l'ictère donne sa signature abdominale.

Nous sommes loin de la dyspepsie légère, de l'inappétence vague des prétuberculeux à langue propre qui ne comporte pas le dégoût électif pour certains aliments, très net dans quelques observations. Lorsque le tuberculeux vomit, c'est à la suite d'un accès de toux émétisante ; lorsque ses troubles gastriques s'accusent, c'est que des médicaments irritants, administrés contre des lésions pulmonaires déjà graves, les ont produits.

La toux enfin, si elle attire l'attention sur une lésion pulmonaire possible, ne nous conduit nullement au diagnostic de tuberculose. Il suffit d'examiner les sujets, très souvent porteurs d'amygdales volumineuses, au nasopharynx comblé de végétations adénoïdes, pour constater la présence d'une amygdalite ou d'une pharyngite qui suffit largement à nous expliquer la petite toux sèche, douloureuse, souvent passagère.

L'auscultation peut, nous l'avons dit, montrer de la congestion des bases ou de l'obscurité aux sommets. Or la congestion de la base droite, si elle peut s'observer au cours de la tuberculose, n'en est nullement une lésion caractéristique. Depuis les travaux de Fernet, il est classique, au contraire, que certains états abdominaux ou péritonéaux peuvent retentir sur la base du poumon droit ou sur les culs-de-sac diaphragmatiques de la plèvre.

Quant aux signes d'induration du sommet, obscurité ou respiration soufflante, on a appris depuis longtemps à en discuter l'importance. Quel est l'enfant, à ce point de vue, qui n'a pas les sommets suspects ? Et l'on sait combien l'obscurité des sommets est fréquente chez les adénoïdiens.

En dernier lieu il est à remarquer que tous ces symptômes sont absolument rebelles à tout traitement médi-

cal capable de donner cependant d'assez jolis résultats en cas de tuberculose.

Il est évident que ces quelques particularités, faites surtout de nuances, ou d'impressions, ne suffiraient pas à faire écarter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Elles ne peuvent qu'éveiller un doute, et c'est par l'examen systématique de l'abdomen et des points appendiculaires que l'on doit poser le diagnostic exact.

3° Examen systématique de l'abdomen.

« On a dit que les médecins se divisaient en deux groupes : ceux qui ne voient l'appendicite nulle part, et ceux qui la voient partout. Il faut se garder de tout excès, mais ce sont ces derniers qui sont le plus près de la vérité. L'appendicite chronique est très fréquente ; nombre d'hépatiques, de dyspeptiques et de tousseurs sont des appendiculaires méconnus.

» Chez tout malade toussant depuis un certain temps, il faut chercher l'appendicite.

» Dans un cas de fièvre continue qui ne s'accompagne pas de manifestations pulmonaires, il faut également chercher l'appendicite. » (Brunon).

On explorera la fosse iliaque ; on étudiera la douleur sourde et voilée qu'éveille la palpation profonde ; on recherchera cette sensation d'empâtement diffus qui existe si fréquemment autour des lésions, même minimes, d'appendicite chronique ; on notera la résistance inégale de la paroi. On peut arriver à sentir rouler sous les doigts l'appendice douloureux (Walther).

Si l'on ne trouve rien, il ne faut pas se décourager : « Pour reconnaître l'appendicite chronique, dit Comby, il faut la poursuivre de recherches attentives, répétées, acharnées. Tel malade ne présente absolument rien à un

premier examen, qui, six mois, un an plus tard, aura nettement le point de Mac Burney. »

Dans cet examen méticuleux de l'abdomen, on devra rechercher les deux petits signes de Brunon qui, comme le dit l'auteur, « ne sont pas sans importance ».

C'est d'abord la teinte jaune périombilicale, caractéristique de la poussée appendiculaire, qu'elle suit dans ses variations : « Elle se devine ou s'atténue en même temps que les crises. » Elle est aisément reconnaissable par le contraste qu'elle forme avec la teinte rosée des régions inguinales.

Ce sont ensuite des taches rosées, lenticulaires, semblables en tous points à celles que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Brunon les a observées dans trois cas d'appendicite chronique. Il en existait dans une observation que nous rapportons (Obs. I).

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA FIÈVRE

Fièvre tuberculeuse et fièvre appendiculaire

La fièvre, nous l'avons vu, est un symptôme fréquent, pour ne pas dire constant, de ces formes d'appendicite chronique. C'est à lui que l'on s'adresse en dernier ressort pour établir un diagnostic de bacillose. Il est le signe pathognomonique des formes pseudotuberculeuses.

Lorsque les symptômes cliniques se trouvent réunis : toux, pâleur, asthénie, amaigrissement, « on s'inquiète de savoir si le malade a de la fièvre. Si le thermomètre ne s'élève pas au-dessus de 37° on est surpris, mais on se dit que la fièvre ne tardera pas à s'allumer et on suspend jusque-là son jugement. En revanche, si l'on constate la moindre élévation de température, on ne manque pas d'y voir la justification des appréhensions que l'on avait conçues, et on formule comme certain un diagnostic qui jusque-là n'apparaissait que comme probable ». (Faisans).

Mais si la présence de la fièvre peut faire établir le diagnostic de tuberculose, c'est que l'on se contente d'un

seul examen thermométrique ; on n'étudie pas l'évolution ni les caractères de cette fièvre.

Elle présente cependant, comme l'amaigrissement, la dyspepsie et les troubles respiratoires, des particularités assez significatives qu'il faut rechercher, que l'on découvre par un examen longtemps suivi du malade, et qui permettent de la rapporter à sa vraie cause.

Nous aurions pu établir au chapitre du diagnostic ces caractères spéciaux de la fièvre appendiculaire. Nous avons préféré étudier à part la valeur séméiologique de ce symptôme, le plus constant, le plus durable et le plus embarrassant dans la pratique.

D'ailleurs, les difficultés de diagnostic sont fort différentes suivant la forme fébrile que l'on considère. Dans les petites poussées, sur les caractères desquelles nous nous sommes suffisamment étendu, tout au plus pourrait-on songer à des poussées répétées de bronchite suspecte, d'autant plus que le malade toussote, crache et présente quelquefois des signes stéthoscopiques. Mais, nous l'avons vu, ces poussées thermiques accompagnent souvent des angines, des embarras gastriques. L'examen de la gorge, l'examen du ventre que l'on pratiquera systématiquement dans les troubles digestifs, établiront rapidement l'origine de l'élévation thermique.

Plus délicats à établir sont les signes distinctifs de la fébricule chronique : petites oscillations entre 37° et 38°, qui présentent une légère élévation vespérale pendant des mois. On peut cependant lui décrire un aspect spécial tant dans son allure clinique que dans son évolution générale.

La fièvre des tuberculeux est absolument latente ; le malade ne se rend pas compte qu'il a de la fièvre. Si l'attention était attirée par d'autres signes, on place le

thermomètre : le sujet lui-même est tout surpris de se découvrir une température qui peut aller à 39° et 39°5, voire 40°, tandis que le médecin était averti par l'éclat spécial des yeux, humides et brillants, du facies amabilis.

Dans l'appendicite au contraire, si légère que soit l'élévation thermique, elle se traduit toujours par une sensation désagréable. Le malade a conscience de sa fièvre, et souvent vient consulter le médecin pour ce seul symptôme qui l'inquiète et qui s'accompagne de petits frissons, d'abattement, de fatigue, de malaise général. Par contre, sa face reste pâle, ses yeux cernés, excavés, battus.

La fièvre des appendiculaires survient dans l'après-midi, elle est souvent passée avant la nuit, qui est calme ; le sommeil est normal. Dans la tuberculose, l'accès survient plus tard ; il est souvent nocturne et s'accompagne d'insomnie et de sueurs abondantes. Nous avons vu que les sueurs étaient très rares dans la fièvre des appendiculaires et ne méritaient nullement le nom de sueurs nocturnes qui les rapprochaient des sueurs tuberculeuses.

Dans l'appendicite chronique, comme dans la tuberculose, la courbe thermique est influencée par l'exercice et la fatigue, à un degré moindre par le travail intellectuel et le repos. Nous avons déjà cité, à ce point de vue, l'observation tout à fait démonstrative de Claisse, et la loi de Daremberg, prise au pied de la lettre, nous conduit directement au diagnostic de tuberculose.

Mais si le mouvement fait augmenter la fièvre, le repos, comme dans la tuberculose, ne la supprime pas. Quoi que l'on fasse, quel que soit le régime hygiénique ou diététique auquel on peut soumettre ces malades, leur fébricule se maintient, chronique, tenace, désespérante.

Le malade garde le lit, et il fait toujours de la fièvre ; il mange normalement ou se soumet à un régime diététique, la fièvre subsiste. Il change de climat, part pour la campagne, la fièvre se maintient ou augmente à cause des fatigues du voyage (Brunon).

Faisans insiste sur les dangers de l'alimentation carnée qui, au lieu d'annuler les symptômes, les exaspère : les troubles digestifs s'accentuent, la température peut augmenter, et la fébricule appendiculaire devient une véritable fièvre à 38°5 ou 39°.

La fièvre des tuberculeux est moins constante et moins rebelle.

La longueur même des courbes thermiques est anormale pour une bacillose. Nous rapportons un cas dans lequel, pendant 11 mois, le thermomètre ne s'est élevé que cinq fois au-dessus de 38°. Faisans parle de cas suivis pendant 15 et 18 mois, sans que l'écart entre le matin et le soir ait jamais dépassé un degré.

Indépendamment de cette régularité, qui n'est pas le fait des lésions bacillaires, l'intégrité des poumons pendant une aussi longue période fournit un contraste frappant. Il est certain qu'un tuberculeux ne pourrait pas pendant une aussi longue période faire des accès fébriles régulièrement quotidiens sans qu'une lésion nettement appréciable des sommets ne se soit manifestée. La fièvre des tuberculeux « se manifeste en général par des écarts de température plus accentués, et ne durant pas au delà de quelques semaines sans que l'examen de la poitrine révèle une aggravation des lésions ».

L'étude de la courbe thermique après l'appendicectomie ne fournit évidemment pas un moyen de diagnostic cliniquement utilisable : il faut avoir déjà établi un diagnostic pour décider l'intervention. Mais dans les cas

douteux, où l'on a trouvé des signes appréciables d'appendicite et où l'on hésite cependant à attribuer à ces lésions l'origine d'une fièvre chronique, il peut être particulièrement intéressant de suivre après l'opération l'évolution des phénomènes.

Dans un cas, l'acte chirurgical, s'il ne nous fournit pas un moyen de diagnostic, a l'avantage de nous donner la preuve d'un diagnostic posé auparavant : la fièvre rétrocède après les quelques oscillations des premiers jours, pour ne plus reparaître. Nous avons déjà signalé et étudié dans un chapitre précédent cette chute thermique qui succède à l'acte chirurgical.

S'il s'agissait de tuberculose, au contraire, la laparotomie, avec son cortège d'anesthésique et de jeûne, donnerait aux lésions un coup de fouet et ne pourrait qu'accroître les phénomènes fébriles.

En somme, les caractères particuliers de la fièvre dans l'appendicite chronique sont les suivants : Elle s'accompagne d'une sensation de malaise, ne provoque pas de sueurs nocturnes ; elle est accrue par la fatigue, mais ne disparaît pas par le repos ; elle n'est calmée par aucun traitement diététique ou hygiénique ; elle est augmentée par les tentatives de suralimentation carnée ; elle se prolonge pendant un temps plus long, avec des oscillations plus faibles et plus régulières, et sans concorder avec une aggravation des lésions, souvent absentes, du poumon ; elle disparaît après l'appendicectomie.

ORIGINE DE LA FIÈVRE

Etude pathogénique

L'étude pathogénique de la fièvre appendiculaire est fort complexe, et les auteurs qui jusqu'à ce jour se sont occupés de la question ont éludé la difficulté en n'en parlant pas.

Il est beaucoup plus aisé, en effet, d'expliquer les autres symptômes ; et c'est de l'amaigrissement, de l'asthénie et de la toux que parle uniquement Pinault dans sa longue discussion pathogénique.

Eliminons l'amaigrissement d'abord. Il s'explique aisément, dans nombre de cas, par la gravité même des troubles gastro-intestinaux. Il est tout naturel que ces malades maigrissent qui sont sans appétit, nauséeux, fébricitants, astreints souvent à un régime diététique sévère.

Les cas où l'amaigrissement existe, à titre de symptôme isolé, sont fort rares. Ils seraient, dans des cas semblables, dus à des troubles indéterminés de la nutri-

tion et conditionnés par la même auto-intoxication que la fièvre.

La toux est passible, elle aussi, d'explications diverses. Chacune doit contenir sa part de vérité.

Walther en propose une théorie réflexe. Il y aurait une toux appendiculaire, comme il y a une toux utérine. La preuve en est que l'ablation de l'organe la peut supprimer immédiatement et radicalement.

Dans d'autres cas, d'après Brunon, on pourrait l'attribuer aux lésions pulmonaires, celles-ci étant elles-mêmes sous la dépendance de l'appendicite. On a signalé, au cours de l'appendicite chronique, des pleurésies et des pneumonies. Peut-être peut-on imputer à la même cause un œdème congestif du poumon, comme on en voit dans l'adénopathie du médiastin et le brightisme.

Une dernière explication, due à Brunon encore, attribue la toux aux végétations adénoïdes coexistantes et à la pharyngite chronique qu'elles entretiennent. Dolché soutient cette manière de voir et Pinault la développe : il insiste sur l'existence de végétations dans tous les cas d'appendicite chronique avec toux, et il montre les similitudes étroites qui unissent la toux des appendiculaires et celle des adénoïdiens : toux quinteuse, sèche, sans expectoration, présentant un maximum nocturne, pouvant parfois s'accompagner de quintes qui réveillent le malade.

Nous avons donc trois théories pathogéniques plausibles pour expliquer la toux.

L'origine de la fièvre est encore plus difficile à déterminer.

Son origine est claire dans certaines petites poussées thermiques passagères qui accompagnent une angine de quelques jours, un embarras gastrique, une bronchite.

Il n'est pas besoin dans ces cas de recourir à des explications spéciales.

Mais à quoi attribuer cette fièvre chronique, tenace, qui apparaît et se maintient en dehors de toute lésion appréciable abdominale ou thoracique. On ne croit plus aujourd'hui aux fièvres réflexes ; l'existence d'une fièvre névropathique est mise de plus en plus en doute, même dans l'hystérie. C'est par une résorption toxi-infectieuse qu'il faut expliquer toutes les élévations thermométriques. Quelle est, chez nos appendiculaires chroniques, l'origine de la toxi-infection ?

C'est à l'intestin évidemment que l'on songe d'abord. Les appendiculaires sont des constipés. La stercorhémie s'accompagne de fièvre. Mais on ne saurait comparer la constipation de nos malades à la constipation incoercible des femmes enceintes, et la fièvre, au cours de la constipation, n'apparaît que dans les formes graves. De plus, bien des malades ont des alternatives de diarrhée et de constipation, et c'est au moment des poussés diarrhéiques que l'on voit au contraire la température s'élever (Obs. I).

Mais si l'on ne peut incriminer la stase des matières fécales dans l'intestin en général, on peut se demander si les matières fécales, accumulées parfois dans l'appendice et y séjournant un temps considérable, ne peuvent donner naissance à des produits solubles thermogènes. Forgue insiste sur la fréquence des occlusions partielles ou totales dans l'appendicite chronique. Talamon appliquait le mécanisme de la cavité close à l'exaltation de virulence microbienne. Il est évident qu'une scybale pénétrant dans l'appendice, et s'y enclavant, produit une stagnation des sécrétions muqueuses dans laquelle les bactéries pullulent et augmentent leur virulence.

Pourquoi ne pas admettre que, dans des cas semblables, des microbes saprophytes purs peuvent se trouver seuls dans le foyer. Ils y pullulent, y sécrètent des produits solubles qui ne peuvent être éliminés par la lumière de l'appendice, sont résorbés et provoquent la fièvre.

Si l'on admet que la fermentation des matières fécales donne des toxines résorbables capables de produire une élévation thermique, il est logique de supposer que des matières accumulées dans l'appendice, ne s'y renouvelant pas, y séjournant jusqu'à désintégration complète par les fermentations, peuvent donner naissance à ces mêmes produits solubles. Leur quantité pourra être accrue par le mécanisme de la cavité close, et leur résorption facilitée par les difficultés d'élimination normale dans la lumière appendiculaire obstruée.

On pourra nous objecter que, dans la cavité close, le même mécanisme exalte la virulence de tous les microbes, que les saprophytes ne sont jamais isolés, et que l'on voit apparaître des symptômes d'appendicite aiguë. C'est qu'en réalité lésion et symptôme ne sont pas toujours en concordance. Dans les observations publiées d'appendicite chronique pseudotuberculeuse, on trouve parfois des lésions considérables (de Massary). Dans nombre d'observations on trouve des réactions péritonéales larges (Sainte-Marie Dodeuil, Comby, Claisse). Dans notre observation V (Brunon), il y avait perforation. Il s'est donc effectué en réalité un travail d'infection chronique. Et rien ne permet de nier que la flore pathogène capable de produire de semblables lésions ne soit capable de produire de la fièvre.

Nous ne devons cependant pas nous illusionner sur la valeur de notre hypothèse. Si dans notre observation VI (Brunon) et dans un cas de Walther on a trouvé de petits

calculs stercoraux dans l'appendice, celui-ci bien souvent fut trouvé vide et perméable (Jeanne), présentant de minimes lésions érosives ou scléreuses auxquelles on ne peut nullement imputer l'élévation constatée.

Ce n'est plus du côté de l'appendice qu'il faut, dans des cas semblables, chercher l'origine de la fièvre. C'est du côté des végétations adénoïdes que nous la trouverons peut-être.

Nous avons déjà signalé les liens qui unissent souvent l'appendicite chronique aux végétations adénoïdes. Delacour en 1904 les établit un des premiers. Comby les confirma et Sergent s'étend longuement sur les antécédents adénoïdiens fréquents des appendiculaires chroniques.

« Appendiciques et végétants sont les membres de la même famille des adénoïdiens. C'est le tissu adénoïde qui est atteint des mêmes troubles trophiques. Les troubles peuvent se manifester tout d'abord au niveau du pharynx ou de l'appendice, mais la lésion première n'exclut pas les autres. »

Or les adénoïdiens sont souvent des fébricitants, et Faisans lui-même écrivait, ne se doutant pas de cette unification pathogénique possible : « L'adénoïdite rhino-pharyngée détermine des effets analogues à ceux de l'appendicite : fièvre légère provoquée ou aggravée par l'exercice et la fatigue et s'éternisant pendant des mois ou des années. »

On peut donc imputer aux végétations la fièvre apparue au cours de l'appendicite chronique, et l'appendicite chronique pseudotuberculeuse pourrait être considérée comme une forme du syndrome adénoïdien généralisé fébrile, avec prédominance locale des signes appendiculaires.

La chose peut être vraie dans certains cas, elle ne l'est sûrement pas toujours. Souvent le malade, en cours de traitement, est opéré de végétations, et cependant la guérison ne survient pas. On fit à deux de nos sujets un raclage de leur rhinopharynx, et la fièvre persista.

Faut-il admettre que la réaction lymphoïde de l'appendice peut, à elle seule et au même titre que celle du pharynx, provoquer la fièvre? La chose est possible, mais un doute subsiste, doute grave comme nous allons le voir.

Si l'on ne peut trouver ni dans l'appendice, ni dans le rhinopharynx la cause de la fièvre, on peut être tenté de la chercher aux poumons. Nos malades peuvent être des appendiculaires, et être *en même temps* des tuberculeux. L'adénopathie trachéo-bronchique, l'adénopathie cervicale les rendent suspects. Beaugendre a montré avec clarté les rapports étroits qui unissaient l'appendicite chronique et la tuberculose.

L'intervention, avons-nous dit, en supprimant la fièvre par l'ablation de l'appendice, prouve l'origine appendiculaire pure de celle-ci. Cette affirmation n'est pas strictement évidente. L'appendicectomie, en supprimant une cause chronique de troubles digestifs si défavorables au traitement de la tuberculose, change la statique générale du malade et peut contribuer, même chez un bacillaire, à améliorer l'état général et à faire disparaître la température.

D'ailleurs est-il certain que jamais la température n'ait reparu après l'opération? « Le 24 octobre, dit Brunon, la fièvre n'a pas reparu. Le dernier mot n'est peut-être pas dit sur cette malade...» Tous les auteurs n'ont pas la même restriction prudente.

En somme, il est des cas indéniables de lésions ap-

pendiculaires chroniques donnant un complexus symptomatique qui simule absolument la tuberculose, sans affecter avec cette dernière aucun rapport de nature. Mais quand il n'y a pas de végétations, qu'il n'y a presque pas de lésions appendiculaires, la fièvre chronique reste suspecte ; et, s'il est évidemment des cas où la tuberculose n'est pas en cause, on ne peut l'affirmer que par un examen prolongé du malade après l'opération.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Dr Brunon)

Nous sommes appelé, le 13 juin 1909, auprès de la jeune Andrée D..., âgée de 4 ans, qui se plaint de douleurs abdominales.

Les antécédents de la petite malade sont assez chargés.

Née le 20 juillet 1905, elle pesait à sa naissance 4 kilogr. Pendant deux à trois mois, on a essayé pour elle de l'allaitement artificiel. Tous les laits, purs ou coupés d'eau simple ou de Vichy, stérilisés ou homogénéisés, ont été successivement employés. Des symptômes d'entérocolite se sont manifestés dès les premiers jours et ont persisté.

A l'âge de 3 mois, on lui donne une nourrice. Après quatre jours d'essai, l'enfant se décide à prendre le sein,

mais, après six jours d'allaitement au sein, la nourrice part et l'on reprend l'allaitement artificiel.

A 4 mois et demi, grippe avec broncho-pneumonie grave. Température à 40°. Vomissements. Selles pâteuses.

Le lait concentré est seul bien toléré. On commence à l'âge de 6 mois à ajouter des farines alimentaires.

A 12 ou 14 mois, l'enfant commence à prendre des potages, des œufs ; le tout est bien toléré. Seul le lait provoque des phénomènes d'entérite.

Quand nous voyons l'enfant, elle se plaint de douleurs abdominales légères, prédominant le soir, sans localisation nette, qui, en raison des accidents entérocolitiques antérieurs, n'attirent pas particulièrement notre attention. Pas de fièvre.

Le 5 juillet 1909, angine légère à streptocoques qui guérit en quelques jours par de simples gargarismes.

22 juillet. — Réapparition des troubles gastro-intestinaux : anorexie, langue saburrale et jaune, pâleur.

27. — Les troubes se sont accentués. Après son déjeuner, l'enfant a un vomissement alimentaire abondant.

28. — Au réveil, état nauséeux, sans vomissements. On réexamine l'abdomen, au niveau duquel cependant ne sont plus signalées de douleurs spontanées. Le ventre est souple, dépressible ; mais la pression profonde au point de Mac Burney révèle, pour la première fois, une douleur assez nette.

29. — Etat stationnaire, nausées passagères, pas de vomissements.

1er août. — L'état nauséeux persiste.

2. — Amélioration légère des symptômes qui régressent à partir de ce jour assez rapidement.

Le 4 août, la malade demande à manger. L'appétit reparaît, et l'examen du ventre ne révèle plus, au Mac Burney, qu'une sensibilité douloureuse très émoussée.

En somme, au cours de l'année 1909, la fillette présente quelques douleurs abdominales légères. Jamais d'élévation de température. Pouls aux environs de 100. Pendant cinq jours, persistance d'un état nauséeux. Localisation douloureuse passagère et peu nette au point de Mac Burney.

En 1910, nous sommes de nouveau appelé à voir l'enfant :

5 juillet. — Angine légère avec fausses membranes : l'examen microscopique ne révèle que des streptocoques.

22. — L'angine est guérie, mais la convalescence traîne. L'appétit ne revient pas, la langue est jaune. On est frappé de la pâleur intense du sujet. L'analyse des urines montre 10 centigrammes d'albumine par litre.

27. — La petite malade, très améliorée, va déjeuner chez sa grand'mère ; déjeuner copieux, suivi de vomissements.

28. — Les vomissements ne se renouvellent pas, mais un état nauséeux persiste toute la matinée. Pas de douleurs spontanées au niveau de l'abdomen que nous examinons cependant. La paroi est souple et dépressible, mais la pression au Mac Burney éveille une douleur nette.

1er août. — L'état nauséeux persiste. Plus de vomissements. Pas de douleurs abdominales.

2. — L'état s'améliore : la face est plus colorée, la langue se dépouille, l'appétit reparaît.

4. — L'état est satisfaisant. Il faut une palpation mé-

thodique de l'abdomen pour trouver un point douloureux très atténué dans la fosse iliaque gauche.

Ceci nous représente, pour l'année 1910, une poussée de gastro-entérite dont le diagnostic se précise par la localisation douloureuse plus nette. Quelques nausées pendant 7 jours, pouls entre 80 et 100. Jamais d'élévation thermique

En 1911, les phénomènes reparaissent.

Le 22 avril, un coryza ouvre la scène avec épistaxis. Etat gastrique assez net, langue sale, anorexie, 3 selles pâteuses. La fièvre fait son apparition et tient la malade au lit. Elle reparaîtra, par petites poussées, pendant toute l'année.

Le 3 mai, l'enfant est vue en consultation avec Hue, qui conclut : « Appendicite en juillet dernier, avec douleur, mais légère, au Mac Burney, douleur actuellement plus nette. Opération utile, mais que l'on peut ajourner.» Adénopathie cervicale.

11 mai. — Reclus propose comme Hue l'ajournement de l'appendicectomie et conseille l'ablation des végétations adénoïdes. L'élévation thermique est attribuée aux ganglions cervicaux, dont l'un est gros comme une noisette, au centre d'une atmosphère de périadénite assez large.

23 mai. — Curettage des végétations, persistance de la fébricule. Devant la persistance de cette fièvre irrégulière, coïncidant avec de l'adénopathie cervicale, on conseille aux parents de conduire l'enfant au bord de la mer.

8 juin. — Départ pour Dieppe. L'enfant se trouve bien de ce séjour. L'appétit est bon, la digestion est

facile et normale, le sommeil est calme, meilleur même qu'à Rouen. Seule la fébricule persiste.

Le 30 juin, au retour, les ganglions ont diminué de moitié, l'état général est bon, la face colorée. Le poids a augmenté d'un kilogr. Le ventre est absolument normal. Il n'y a aucune douleur au Mac Burney.

5 juillet. — La fièvre n'a jamais rétrocédé. Le soir, le thermomètre monte régulièrement entre 37°5 et 37°7.

Le 15 septembre, l'état se maintient le même. Devant les résultats satisfaisants de la première cure, on prescrit un second séjour à Dieppe. De tout le courant de l'année on n'a plus noté de douleur abdominale ; la température, l'adénopathie font songer à une bacillose torpide, bien qu'aucun signe n'en soit fourni par l'examen des sommets.

Le 11 novembre, la température continue à monter le soir aux environs de 37°5. L'examen thoracique donne tous les signes de l'adénopathie trachéo-bronchique. L'abdomen, par contre, est normal, aucune douleur au Mac Burney.

27 novembre. — Tout est rentré dans l'ordre. L'enfant a engraissé de 450 grammes, après avoir présenté, de mai à novembre, des phénomènes d'adénopathie cervicale et médiastinale chronique, avec fièvre continue, vespérale, légère. Aucun signe d'appendicite. Tout porte à croire à une tuberculose torpide.

En 1912, à nouveau nous sommes appelé plusieurs fois auprès de l'enfant :

En mai, petit mouvement fébrile, sans cause apparente, de 4 jours.

8 juin. — Etat gastrique assez marqué : Début subit

dans la nuit avec fièvre à 39°2, délire, agitation, nausées, vomissements.

Les jours suivants, la température baisse, mais l'état gastrique persiste, la langue est saburrale et jaune. A l'examen de l'abdomen on remarque une coloration jaune pâle de la région sous-ombilicale. Une tache rosée douteuse. Pas de diarrhée. (Voir la courbe thermique n° 1).

Tout rentre dans l'ordre assez rapidement.

5 octobre. — Phénomènes de constipation assez intenses. Selles rares. Matières dures et ovillées. L'aspect général est bon, mais les yeux restent excavés et légèrement battus.

30 octobre. — Petite toux sèche, nocturne, pendant quatre nuits. Léger état saburral. Crises de larmes.

6 novembre. — La toux s'accentue, prédominant de 1 heure à 5 heures dn matin. La langue est blanche, mais l'état général reste satisfaisant.

En 1913, tout se passe normalement jusqu'au mois de mars.

12 mars. — Céphalée, épistaxis, fièvre. La nuit est très agitée, subdélire. Subictère généralisé, contrastant avec l'animation colorée de la face. Rien à l'examen du ventre et du thorax ; la gorge est normale, et l'on fait le diagnostic de grippe, plusieurs cas coexistant dans la famille.

15 mars. — Nausées le matin, se répétant à partir de ce jour, tous les matins. Une impression de goût désagréable réveille souvent l'enfant de très bonne heure. Les vomissements sont rares. Température élevée (39°). (Voir la courbe 1.)

Le 29 juillet, pendant un séjour à Dieppe, état nauséeux pendant 2 jours, pas de fièvre.

A fin septembre, deuxième séjour à Dieppe, pendant lequel nous sommes appelé pour voir la malade. Deux jours de nausées avec vomissements rares et peu abondants. Douleur abdominale vague. La palpation de l'abdomen ne révèle rien de précis.

Le 28 septembre, petite indigestiou fébrile avec phénomènes généraux assez graves. Asthénie, abattement, fatigue générale, 37°7 le soir. On prescrit le repos au lit. Fruits, purées, légumes.

29. — Facies tiré. A l'examen du ventre on ne trouve aucune douleur localisée, mais la paroi est dure, peu dépressible, résistante.

Le 2 octobre, l'état persiste sans grand changement ; facies tiré, yeux excavés, fatigue. L'enfant reste allongé sur les fauteuils ou se traîne d'un meuble à l'autre. Fièvre légère. Céphalée. Rien au ventre.

Cet état d'abattement retombe en quelques jours.

10 avril. — Nausées au réveil, vomissements verdâtres, mais devant cette coloration à des aliments, constipation, abattement, le tout disparaissant en deux jours. Le point appendiculaire pendant cette dernière poussée a été des plus nets à l'examen : douleur à la pression, défense de la paroi. On conseille fortement l'appendicectomie.

Cette opération fut pratiquée peu après, et depuis l'état de l'enfant est parfait.

Observation II

(Inédite)

(Dr Brunon)

Nous voyons pour la première fois la petite Jacqueline le 26 avril 1912. C'est une fillette de 7 ans et demi, plutôt maigre, à la face pâle. Elle se plaint depuis 3 à 4 jours de malaise général, céphalée légère, asthénie, douleurs abdominales légères, sans localisation précise.

Dans les antécédents de l'enfant on retrouve des indigestions fréquentes.

Actuellement, anémie, langue saburrale. Pas de vomissements ni de nausées. Selles régulièrement quotidiennes, mais dures. Pas de toux. Le pouls est bon, aux environs de 100, la température est à 38°8.

A la palpation de l'abdomen, on observe une résistance légère dans la fosse iliaque droite; la palpation appuyée en ce point éveille de la douleur.

On met l'enfant au lit et au régime lacté et en 7 jours tout rentre dans l'ordre (Voir courbe thermique n° 2).

Le 3 mai, plus de fièvre, langue légèrement jaunâtre, ventre souple.

7 août 1912. — On nous fait de nouveau appeler. L'enfant a eu successivement trois vomissements alimentaires, puis bilieux. En la voyant nous sommes frappé par sa pâleur. La température est à 38°5. Le ventre est souple et indolore. Le lendemain, les vomissements ne se reproduisent pas. Température 37°8. Le 9 août, l'appétit reparaît et le thermomètre ne monte qu'à 37°5.

Le 19 novembre, la fièvre reparaît. Au retour de la pension, la malade accuse des nausées pénibles, mais n'a pas de vomissements. La température est à 38°.

Le 20, nous voyons l'enfant. Les nausées ont disparu, l'appétit revient. La face reste pâle. La langue est blanche. Rien aux poumons. En examinant l'abdomen, nous localisons par une palpation attentive un point douloureux au Mac Burney, mais une sensation semblable est éveillée à gauche. Il n'y a pas de résistance appréciable de la paroi. Constipation. La température est à 37°8 le matin, 37°5 le soir.

Le 23, l'enfant se sent bien. Il y a cependant toujours de la douleur dans la fosse iliaque et le thermomètre n'est jamais descendu au-dessous de 37°5.

24. — Notre malade se lève depuis deux jours. Elle est toujours pâle, les yeux cernés, sans appétit; l'abdomen est légèrement ballonné. La température est à 37°8.

12 décembre. — La fièvre ne s'est jamais abaissée à 37°. Il y a au point de Mac Burney une douleur légère, mais nette. Pas d'appétit, mais plus de nausées, langue blanche, ventre légèrement ballonné. Selles obtenues par des lavements. Le pouls est à 82.

26 décembre. — Même état, le ventre est légèrement ballonné, avec douleur peu marquée à droite. Une légère résistance à la palpation est assez aisément appréciable en ce point.

En janvier 1913, la température continue à osciller régulièrement entre 37°2 et 37°7. Pas un seul jour sans fièvre (Voir courbe). Cependant l'appétit est revenu. L'aspect général est bon, à peine remarque-t-on que le facies est un peu tiré, les yeux légèrement cernés, les téguments pâles. Constipation légère qui cède à un supposi-

toire quotidien. Si ce n'était la fièvre, l'état serait, en somme, satisfaisant.

Le 28 janvier, des douleurs légères reparaissent dans la fosse iliaque, quelques nausées, la température monte à 38°2. Dès le lendemain, la température reprend son régime normal : 37°4, 37°8.

Le 26 février, indigestion ? Nausées, vomissement alimentaire à 3 heures du matin ; à 9 heures, selles diarrhéiques. Pâleur, anorexie. A l'examen, on trouve au Mac Burney une douleur nette. T. 38°.

27. — Selles décolorées, grises.

28. — Subictère. T. 37°3.

29. — Etat nauséeux, anorexie. Pas de vomissements.

Le 15 avril, la fièvre n'a jamais disparu entièrement, l'enfant s'asthénie et maigrit. On attribue la fébricule quotidienne à la présence de végétations adénoïdes volumineuses qui sont curettées. Le soir, T. 37°8. P. 118.

16. — T. 37°7-38°1. P. 110-104, état satisfaisant.

27. — Tout est rentré dans l'ordre ; mais la température n'est pas tombée au-dessous de 37°. Les oscillations fébriles continuent, régulières, de faible amplitude, avec maximum vespéral.

A cette date, nous perdons de vue la fillette, mais nous avons appris que les symptômes s'étaient précisés par la suite, le diagnostic d'appendicite s'est imposé, permettant d'éliminer absolument celui de tuberculose.

Observation III

(Inédite. — Résumée)

(Dr Brunon)

Ernest R..., 52 ans, entre dans le service du professeur Brunon, salle Pinard, le 7 septembre 1913.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni personnels au point de vue tuberculose. Crises de coliques fréquentes, avec point de côté et constipation depuis trois ans.

Le malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit du thorax. Point de côté dont il souffre depuis trois ans, qui s'est accentué progressivement jusqu'à empêcher le sommeil et que rend très pénible une petite toux sèche, rare, à prédominance nocturne. Pas de dyspnée. Pas d'expectoration.

Il y a quelques nausées, pas de vomissements, de la constipation, des sueurs abondantes. T. 39°2.

A l'examen, les poumons et les plèvres sont absolument normaux, aussi bien du côté droit que du côté gauche. Par contre, l'abdomen est ballonné et la palpation révèle une contraction de défense très nette des muscles dans toute la fosse iliaque droite avec douleur vive à ce niveau. Le reste de l'abdomen est normal et souple.

Traitement : Diète et glace sur le ventre, morphine.

Le 8, la température est de 38°1-38°7. Le point de Mac Burney est toujours douloureux. La constipation et le

point de côté persistent. On donne du lait glacé coupé d'eau de Vichy.

9. — T. 37°2-37°7. Le point de côté diminue. Le ventre reste ballonné et le Mac Burney douloûreux. Même régime.

10. — T. 35°7. Le point de côté est très amélioré.

11. — T. 36°7-36°3. Plus de point de côté. La douleur abdominale a également diminué.

Le 13, l'apyrexie persiste. Le point appendiculaire est à peine sensible.

Le 14 et le 15, alors que l'abdomen n'est plus du tout ballonné, la douleur à la préssion presque nulle, le malade refait pendant deux jours une poussée thermique sans cause apparente.

La constipation persiste pendant dix jours.

Puis tout rentre dans l'ordre. Un mois après a lieu l'appendicectomie.

Le malade, revu en mars 1914, n'a plus ni fièvre, ni coliques, ni point de côté. (Voir courbe 3.)

Observation IV

(Inédite. — Résumée)

Dr Brunon.

A. N. D..., fillette de 9 ans, se plaint le 2 octobre de nausées avec anorexie et légères douleurs abdominales.

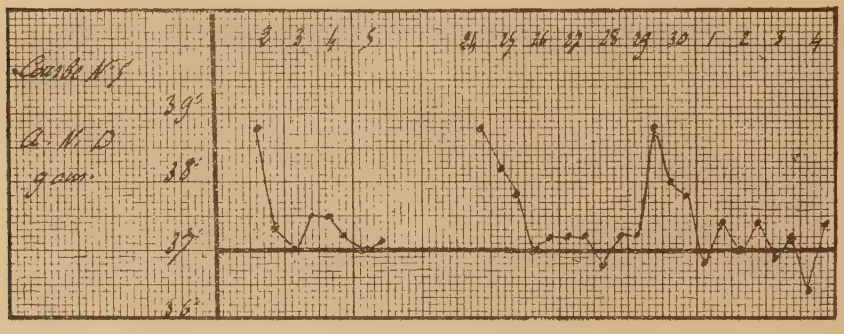
L'aspect général est bon. L'enfant présente une légère pâleur de la face, les yeux sont un peu excavés. Elle a

quelques nausées sans vomissement, la langue est sale. Il y a de la constipation.

La température est de 38°8. A l'examen, on ne trouve rien au poumon, la gorge est normale. Le ventre est légèrement ballonné. La palpation de la paroi éveille, dans la fosse iliaque droite, une contraction musculaire de défense à peine appréciable. La douleur à la pression y est légère, mais nette.

On songe à l'appendicite subaiguë et l'on prescrit, outre le repos au lit, la diète lactée.

3 octobre. — L'état est très amélioré : les nausées persistent, mais la température est à 37°5, l'abdomen est absolument normal, et l'on hésite à maintenir le diagnostic d'appendicite.



4. — T. 37°5-37°2. L'appétit revient. Le ventre est souple et indolore.

5. — Même état.

6. — Tout rentre dans l'ordre.

24 octobre. — Il y a réapparition de la fièvre et des nausées. Le thermomètre monte à 38°8. Cependant le ventre est souple et la fosse iliaque droite est à peine douloureuse. En deux jours la fièvre tombe et l'appétit revient.

Mais le 29 octobre, le soir, la température remonte à 38°9. Le pouls est à 110. L'enfant a des nausées, de la céphalée, des douleurs abdominales, de la constipation. Cette fois la douleur au point de Mac Burney, quoique légère, est nette. Traitement : diète, lit, morphine.

30. — T. 38°-37°8. La douleur persiste. Il n'y a pas de vomissements. Toujours de la constipation.

Le 1er novembre, la douleur diminue, le ventre est souple, mais la température se maintient : 36°9-37°3.

La fièvre s'installe, chronique, régulière, à petites oscillations jusqu'à l'intervention.

15 novembre. — Appendicectomie. Depuis l'opération la température est normale.

Observation V

(Dr Brunon. — *Normandie médicale*, 1er décembre 1911)

Le 21 mars 1910, on me présente une fillette de 8 ans. Elle a bon aspect, mais tousse chaque hiver depuis trois ans et cet état « fait craindre pour sa poitrine ». Elle est d'ailleurs soignée pour bronchite « spécifique », disent les parents, sans attacher d'importance à ce mot.

La toux a un caractère coqueluchoïde ; elle s'accompagne de rougeur de la face et de rejets de mucosités. Elle est assez fréquente la nuit pour gêner le sommeil. Du côté de la poitrine, les signes physiques sont vagues ; pas d'amaigrissement sous-claviculaire ou sus-épineux, pas de matité ; ni râles, ni craquements ; respiration rude aux deux temps et des deux côtés. Chuchote-

ment de Despine net. Chaîne ganglionnaire cervicale en grains de plomb ; amygdales assez volumineuses ; ouïe diminuée à gauche. Température : 38°5 à trois heures de l'après-midi.

Il y a manifestement antagonisme entre cet ensemble et l'état général qui est très bon. Je fais des réserves sur le diagnostic tuberculose pulmonaire et je pense, provisoirement tout au moins, à des accidents d'adénopathie bronchique. Je conseille le repos au lit sévère, jusqu'à la disparition de la fièvre ; des enveloppements froids du thorax et une bonne alimentation. Aération nocturne et diurne constante.

Le 8 avril, je revois la malade. La toux a beaucoup diminué. Celle de jour est supprimée ; celle de nuit est devenue rare, et même il n'y pas eu de toux depuis sept nuits. Encore quelques mucosités. Appétit excellent. Le poids a augmenté de 500 grammes.

Je ne vois la malade que dix semaines plus tard, le 21 juin. Elle est moins bien. On a abandonné en partie le traitement. L'enfant se lève et va à la pension. La toux est revenue ; cinq ou six accès par jour, surtout quand l'enfant a marché dans la journée. T. 37°6 à 37°8 le soir ; pouls à 96 dès que l'enfant marche. Aspect général toujours bon, ainsi que l'appétit et le sommeil.

A l'auscultation, toujours fort peu de chose, pour ne pas dire rien. Augmentation de poids de 2 kilogr. 500 depuis le début du traitement.

Donc, retour de la toux, persistance de la fièvre, rien à l'auscultation. Bon état général. Cependant mon diagnostic « pas de tuberculose pulmonaire » commence à être ébranlé dans mon esprit. Cette persistance de la fièvre m'inquiète.

Le 25 juillet, nouvel examen. La petite toux persiste,

régulière, chaque jour. Elle réapparaît la nuit. T. 37°8 le soir. Signes physiques toujours nuls. 5 à 10 centigr. d'albumine dans l'urine qui n'en contenait pas antérieurement.

L'enfant a encore augmenté de poids : elle pèse 32 kilogr. Elle pesait 27 kil. 500 à la première visite en mars. J'ajoute 500 grammes de lait au régime et je supprime la viande.

11 août. — Depuis le régime lacto-végétarien la fièvre a disparu ; la toux a beaucoup diminué de fréquence ; poids à peu près stationnaire. A l'auscultation, respiration rude à gauche et faible à droite en avant sous les clavicules.

Mais un fait nouveau s'est produit. Lorsque l'enfant a joué avec ses compagnes, le dimanche en particulier, elle est très fatiguée, sa figure se tire et elle a une barre dans le ventre. Quelquefois elle marche un peu pliée en avant.

J'examine le ventre. Il est ballonné. On me dit même qu'il l'est depuis un certain temps. Ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements, ni nausées. Toujours bon appétit. Au point de Mac Burney, douleur légère mais très nette à la palpation. La résistance de la paroi à droite est nette également. Alors je pense à l'appendicite et à des accidents pulmonaires de l'appendicite. Je prescris de reprendre le repos absolu, les enveloppements et un régime convenable. On appliquera des serviettes mouillées froides sur le ventre.

29 septembre. — La famille trouve l'enfant beaucoup mieux. Elle ne tousse plus depuis six semaines. Cependant la langue est blanche, le ventre est toujours ballonné ; il y a toujours une petite élévation de température le soir. La palpation au point classique est moins

douloureuse ; néanmoins, à un bon travers de doigt en dehors de l'ombilic, elle fait faire une grimace à l'enfant.

Je déclare alors à la famille que je crois à une appendicite chronique dont les accidents pulmonaires sont les conséquences.

Mon diagnostic n'est pas accepté. L'enfant tousse ; elle a donc quelque chose dans les poumons ! On ajoute qu'on trouve mon traitement efficace et suffisant.

Cependant on m'amène de nouveau l'enfant le 10 octobre. Elle est retournée à la pension, et la toux est revenue le huitième jour. Elle est gaie, mais les jeux de ses compagnes la fatiguent. Les yeux sont cernés ; face légèrement ictérique. Sommeil agité. Toujours bon aspect général. Ventre toujours ballonné. *Il est jaune dans la région péri-ombilicale.* A la moindre marche, l'enfant est fatiguée et se plaint de douleurs de ventre. Elle ne peut pas se coucher sur le côté droit. Il y a toujours une tendance à une légère élévation de température le soir.

Le doute n'est plus possible et je confirme mon diagnostic d'appendicite chronique avec poussées subaiguës subintrantes.

Je ne revois plus la malade qu'en janvier 1911. A ce moment la mère me raconte que, le 1er décembre, à huit heures du matin, a éclaté tout à coup une crise aiguë avec vomissement, ballonnement, douleurs de ventre et diarrhée. On crut à une indigestion. La diarrhée et les vomissements persistent de huit heures du matin à minuit. L'enfant n'est pas mise au lit. Elle marche dans la chambre, pliée en deux. On appelle le médecin de la famille qui diagnostique une appendicite aiguë. Pendant plus de dix jours la vie est en danger. Tout finit par se

calmer. Quand je vois l'enfant, en janvier, elle ne tousse plus, ne rejette plus de mucosités. L'amaigrissement est considérable. La température est de 37°6 le soir, le pouls à 88. La langue est saburrale. Il y a souvent des douleurs vagues, des pincements de ventre pendant les repas. Le point de Mac Burney est toujours deuloureux. La peau de l'abdomen est jaune dans la zone périombilicale.

La famille croit que l'enfant est guérie et de sa bronchite et de son appendicite. « Vous voyez, me dit-on, qu'on peut guérir l'appendicite sans opération. » Je fais tous mes efforts pour corriger cet optimisme et je conseille l'intervention chirurgicale le plus tôt possible.

Le 8 avril, nausées avec vomissement ; douleurs spontanées vives dans le côté droit du ventre. Je vois la malade le lendemain ; la palpation est impossible à cause de la défense musculaire de la paroi. Heureusement la famille avait mis l'enfant au lit et au repos absolu depuis le 6 avril. Enfin on se rend à mes conseils, l'intervention est décidée.

Le 20 mai, l'enfant est opérée par mon collègue François Hue. On trouve un cæcum fixé par de solides adhérences. Impossible de l'amener au dehors. L'extrémité de l'appendice est fixée au-dessous de l'intestin ; elle est perforée, mais ne laisse rien suinter.

Suites normales. La toux a complètement disparu, la santé est excellente. Le 15 octobre, le poids est de 35 kilogr., en augmentation de 3 kilogr. depuis l'opération. La famille constate que l'enfant ne s'est jamais si bien portée depuis trois ans.

Observation VI

(Dr Brunon.— *Normandie médicale*, 1er décembre 1911)

Jeune fille de 12 ans, très émaciée, d'une pâleur cireuse. Elle a l'aspect et l'intonation d'une adénoïdienne. Ses parents me l'amènent le 17 novembre 1910 parce qu'elle tousse et que deux médecins ont dit qu'elle avait « une faiblesse du poumon gauche ». On craint la tuberculose pulmonaire.

L'enfant tousse, en effet, depuis plusieurs mois, et, en particulier, de janvier à mars, elle a beaucoup souffert de toux quinteuse plus fréquente la nuit que le jour.

Auscultation des sommets négative, sauf peut-être un affaiblissement respiratoire à gauche. Pas de fièvre.

Avec la toux on me signale encore des symptômes d'entérocolite ; selles muco-membraneuses, sans constipation ni diarrhée. Pas de douleurs abdominales ni spontanées, ni à la palpation. Cependant, dans les derniers jours d'octobre, la malade a été examinée par un confrère de Paris qui a constaté alors une douleur dans la fosse iliaque droite et a fait appliquer de la teinture d'iode. L'enfant se plaignait alors de son ventre et avait des nausées fréquentes, mais sans vomissements.

Je prescris le repos, l'aération constante, la révulsion par les serviettes mouillées et un régime ovo-végétarien.

Le 31 mars 1911, cinq mois après le premier examen, je revois la petite malade ; même pâleur, même maigreur, même toux, pas de fièvre ; mais douleur très nette au

point de Mac Burney. Je parle alors d'appendicite chronique et je conseille le repos absolu au lit pendant huit jours avec régime végétal et alimentation peu copieuse. Applications froides sur le ventre.

Le 8 avril, la toux a beaucoup diminué. Les sommets continuent à être muets, mais tous les autres signes persistent : faiblesse générale, nausées fréquentes, douleur dans le côté droit du ventre après la marche, douleur assez vive à la pression. Pas de constipation. Pour la première fois on constate une petite élévation de température rectale : 37°4 le matin, 37°8 le soir. Pouls à 116. Aucune trace d'albumine.

Le ventre n'est ni ballonné ni jaune, mais on y remarque quelques taches lenticulaires semblables à celles de la fièvre typhoïde.

L'intervention chirurgicale est décidée en principe.

Le 25 avril, elle a lieu sans incident. On trouve sur la muqueuse de l'appendice deux ulcérations séparées par un étranglement. La plus ancienne siège à l'extrémité de l'appendice qui est renflée en massue. Dans le canal, un calcul stercoral du volume d'un grain de millet.

Quinze jours après l'opération, la toux avait complètement disparu. Six mois après elle n'a pas reparu. D'ailleurs, l'enfant est transformée. On est obligé de la rationner. Elle a augmenté de 7 kilogr. depuis l'appendicectomie.

Observation VII

(Dr Brunon. — *Normandie médicale*, 1er décembre 1911)

Le 13 février, nous sommes appelé auprès d'une jeune fille de 17 ans que nous connaissons depuis son enfance. Brusquement elle a de la fièvre. T. vespérale 38°4; pouls à 90. Langue un peu blanche. Aucune douleur. Ni céphalée, ni insomnie, ni constipation, ni diarrhée. Pas de vomissements, pas d'épistaxis. Pas de toux. Rien à l'auscultation. La jeune fille déclare qu'elle n'est pas malade.

En palpant le ventre, on constate une légère résistance de la paroi à droite de l'ombilic et, à la pression, une douleur vague, peu marquée dans la région iléo-cæcale, diffuse. Je pense à l'appendicite chronique, mais j'ajourne mon diagnostic.

Le 15, deuxième examen. Fièvre continue. T. entre 37° le matin et 38° le soir. La douleur à la pression dans la fosse iliaque droite persiste. Pas de résistance musculaire. Etat général toujours très bon. Examen de tous les organes négatifs. Toute la maladie est donc constituée par la fièvre et cette douleur. Il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni constipation. Appétit toujours bon. La malade voudrait se lever.

Alors je parle d'appendicite chronique possible. Ce mot évoque toujours l'idée d'intervention chirurgicale et on n'en veut pas dans la famille. On me fait discrètement comprendre que je pourrais peut-être bien avoir une tendance à voir des appendicites partout.

Les jours suivants, l'enfant étant tenue au lit, la douleur apparaît et, après plusieurs examens complètement négatifs, j'abandonne mon diagnostic, ce qui fait plaisir à tout le monde. Je pense à la possiblité d'une fièvre continue bénigne, quoiqu'il y ait contre cette hypothèse le début brusque, l'absence de céphalée et d'insomnie et de manifestations intestinales, l'état général excellent. On pouvait penser aussi à une tuberculose anormale. Le caractère continu de la fièvre depuis plusieurs semaines, sans autre manifestation, plaidait en sa faveur.

Le 4 mars, j'organisai une cure d'air dans le jardin et, pendant quinze jours, la température s'abaissa vers 37°5 ; on pouvait croire être dans la bonne voie.

Le 20 mars, la température remonte ; elle dessine d'assez grandes oscillations : 37°5 le matin, 38°5, 38°8, 39° le soir. Le pouls reste entre 90 et 100. L'alimentation a été liquide jusqu'ici. On commence à donner des œufs (de 1 à 4 par jour), des fécules, du pain et des fruits cuits.

De mai à juillet, on tente l'usage discret de quelques antithermiques avec lotions froides, drap mouillé, bains à 32°. Tout est inutile. La fièvre persiste : 38° à 39° chaque soir. Il semble même que le traitement, exigeant un déplacement et une fatigue, fait monter la température.

En juillet, la température vespérale tend à rester au-dessous de 38°.

Le 20 juillet, la malade, désirant ardemment un séjour en plein air, part pour la campagne. Depuis six mois elle a de la fièvre et rien autre chose. Tous les organes, interrogés souvent, sont toujours restés muets. Bon appétit. Bonne digestion. Bon sommeil. Il y a simplement pâleur, amaigrissement, découragement et fièvre. A plusieurs reprises, on a bien signalé une vague dou-

leur dans l'aine droite, mais on ne trouve rien à la palpation.

Le séjour à la campagne n'amène aucune amélioration. La fatigue du déplacement donne de grandes oscillations : 37° le matin, 39° le soir. Après un mois, il y a plutôt aggravation. La température du soir ne descend plus au-dessous de 38° ; elle oscille entre 38° et 39°. La malade mange bien, digère parfaitement, mais elle maigrit et sa tristesse se traduit par des crises de larmes.

Mon ancien élève et distingué confrère, M. Moncany, à qui la malade est confiée, ne peut trouver aucune manifestation précise expliquant l'état fébrile continu. Il émet l'hypothèse d'une localisation probablement pelvienne.

Le 28 août, la malade est vue en consultation par M. le Dr Claisse, médecin des hôpitaux de Paris. Il constate qu'elle est sensiblement dans le même état qu'au départ de Rouen pour la campagne : fièvre quotidienne, accrue par le mouvement, pas de sueurs nocturnes, aucun signe objectif ou subjectif. Pas de toux. Appétit suffisant ; digestions bonnes. Rien en somme qui explique une fièvre de six mois. On pouvait s'attendre à trouver des indices stéthoscopiques de localisation pulmonaire. Il n'y a rien. Mais en palpant l'abdomen on trouve la région de l'appendice douloureuse. Pas de défense musculaire nette au niveau du point de Mac Burney ; mais, en appuyant un peu profondément, on détermine chaque fois une défense musculaire qui n'existe pas à gauche. Donc appendicite chronique extrêmement probable, sans nécessité d'intervenir pour le moment.

Le 27 septembre, soit un mois plus tard, M. Alglave, chirurgien des hôpitaux de Paris, est appelé à son tour en consultation. Cette consultation aboutit aux mêmes

conclusions : appendicite chronique ; absence de toute lésion capable d'expliquer la fièvre. On fait toutes réserves sur la nature de l'appendicite (bacillose iléo-colique).

Le 4 octobre, opération par M. le Dr Alglave. On trouve l'appendice entièrement fixé au cæcum par des adhérences solides, sans foyer suppuré, sans traces de tuberculose. L'extirpation fut assez laborieuse et un drain fut placé entre les sutures. Suites très simples.

Le 24 octobre, la fièvre n'a pas reparu. Le dernier mot n'est peut-être pas dit sur cette maladie, mais le diagnostic n'en est pas moins exact.

Observation VIII

(Dr Brunon et Dr F. Hue)

Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui vient consulter le 3 avril 1911, parce qu'elle a des douleurs sur les côtés de la poitrine et qu'elle tousse.

Il y a cinq ans accouchement normal. Pas de fausse couche. Actuellement bien réglée.

Les douleurs dont elle se plaint persistent depuis un an et reviennent tous les jours. Leur siège est assez vague : c'est la région épigastrique, les deux hypocondres avec irradiations sous les seins.

Dans le dos, entre la troisième et la sixième dorsale, dans le ventre et la région ombilicale.

La douleur épigastrique est la plus vive. La douleur

abdominale sus-ombilicale est augmentée par la marche et s'accompagne alors d'essoufflement.

De temps en temps, depuis un an, douleur subite à la base du thorax réveillant la malade et gênant sa respiration. Angoisse. La malade croit qu'elle va mourir.

Il y a des vomissements bilieux fréquents depuis un an, quelquefois alimentaires. Constipation.

Bronchite depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis cinq ans.

Bronchites répétées chaque hiver avec expectoration assez abondante, 15 à 20 par jour.

Grande tristesse, la malade est apathique, répond à peine aux questions. La face est fortement bistrée. Tout le tégument est bronzé. La peau de l'abdomen en particulier est addisonienne. L'utérus est normal.

L'urine ne contient pas d'albumine.

Le pouls est à 84. La température 37°7.

Les signes physiques sont nuls. Pas de râles. Il y a un contraste frappant entre l'ensemble symptomatique et l'absence de signes physiques aux sommets.

Le médecin traitant croit à une tuberculose pulmonaire, mais il faut faire des réserves et attendre un nouvel examen.

L'alimentation étant à peu près nulle, on prescrit le repos, 1 à 2 litres de lait et 2 lavements alimentaires par jour.

24 avril. — La malade a bien fait le traitement.

Elle a pris 1 litre de lait et 2 lavements alimentaires par jour. Elle est mieux et se sent plus forte.

Mêmes douleurs sous les seins, dans le dos, le ventre; vomissements tous les deux ou trois jours avec douleur épigastrique très vive. La malade dit qu'elle est sujette aux indigestions.

Cette remarque me fait penser à l'appendicite chronique.

La palpation du ventre n'est pas douloureuse à gauche ; elle l'est légèrement sur le côlon transverse ; elle l'est nettement au point de Mac Burney. La pression un peu profonde fait faire une grimace à la malade. Il n'y a pas de défense musculaire de la paroi ; elle est également flasque à droite et à gauche.

18 mai. — La toux persiste. Il y a 10 ou 12 expectorations par jour.

Le pouls est irrégulier et à 100 ; il y a toujours une petite élévation de température, 37°6. La température n'est pas prise régulièrement.

Les nausées sont fréquentes le matin, sans vomissements.

Rien à l'auscultion.

La malade est restée trois semaines au lit.

Les douleurs thoraciques et abdominales sont moindres. Moindres également à la palpation. L'aspect général est toujours mauvais ; yeux creux et cernés, figure défaite, tristesse, affaissement.

Je propose l'intervention.

12 juin. — Même toux, plus fréquente après les repas. 15 à 20 expectorations par jour.

Même douleur au point de Mac Burney. A la moindre fatigue les douleurs spontanées réapparaissent.

10 juillet. — Même état, nausées chaque jour après les repas.

L'utérus examiné de nouveau est normal.

Toujours rien à l'auscultation du poumon.

18 juillet. — Depuis quelques jours, la température du soir atteint 38°.

20 juillet. — Opération.

L'appendicite est libre, sans déformation extérieure et sans élongation.

La muqueuse est rouge et boursouflée légèrement.

Abaissement de température immédiat.

5 avril. — Au départ de la malade, la toux a disparu et l'état général est excellent.

Il reste quelques douleurs thoraciques.

16 octobre. — L'amélioration s'est maintenue quoique la malade tousse toujours un peu. L'augmentation de poid est de 4 kgr. 500 depuis l'opération faite en juillet.

Observation IX

(Galliard. — *Soc. méd. des hôp.*, 1904.)

Fièvre hectique jugulée, chez une tuberculeuse, par l'ablation de l'appendice.

Elisa W..., 26 ans, infirmière, est admise le 14 août 1903 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, n° 15.

Son passé pathologique est très chargé. Dans l'enfance, scarlatine, coqueluche; à 10 ans, pneumonie; à 19 ans, péritonite durant six semaines; à 24 ans, pleurésie gauche.

En mai 1903, gastralgie, vomissements alimentaires, hématémèses.

En juillet, mélœna; puis, point de côté à gauche et sueurs profuses.

Au moment de son admission dans mon service, elle a une diarrhée abondante, température 37°2 et 37°8.

Notre collègue Bezançon, qui nous remplaça, ne constate d'abord que de la dyspepsie avec une douleur à la pression de la région xyphoïdienne. Puis il est amené à rechercher dans le thorax la cause de la fièvre, qui se manifeste tous les soirs (39° à partir du 27 août ; 39°6 le 4 septembre).

Il trouve au sommet droit des signes de tuberculose : submatité, respiration soufflante, expiration prolongée. Malgré les médicaments prescrits, la température vespérale s'élève à 40° à partir du 17 septembre.

La numération des globules du sang donne : 10.500 globules blancs avec polynucléose.

Le 21 septembre, reprenant la direction du service, j'examine la malade. Diagnostic : Tuberculose du sommet droit (second degré), tuberculose intestinale probable.

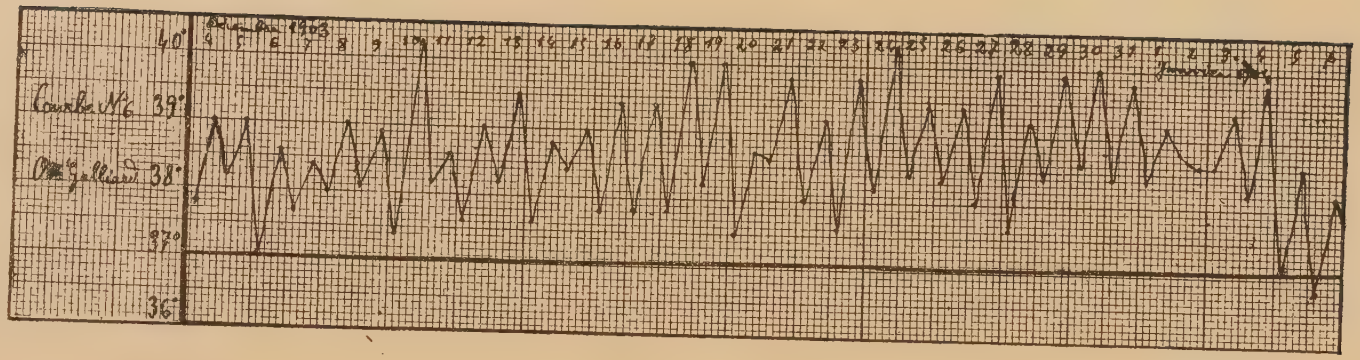
Le 5 octobre, la malade accuse une très vive douleur au point de Mac Burney ; palpation douloureuse, pas de tuméfaction. Au bout de quelques jours cette tuméfaction s'apaise, tandis que la fièvre persiste sans atténuation (40°6 le soir du 10 octobre).

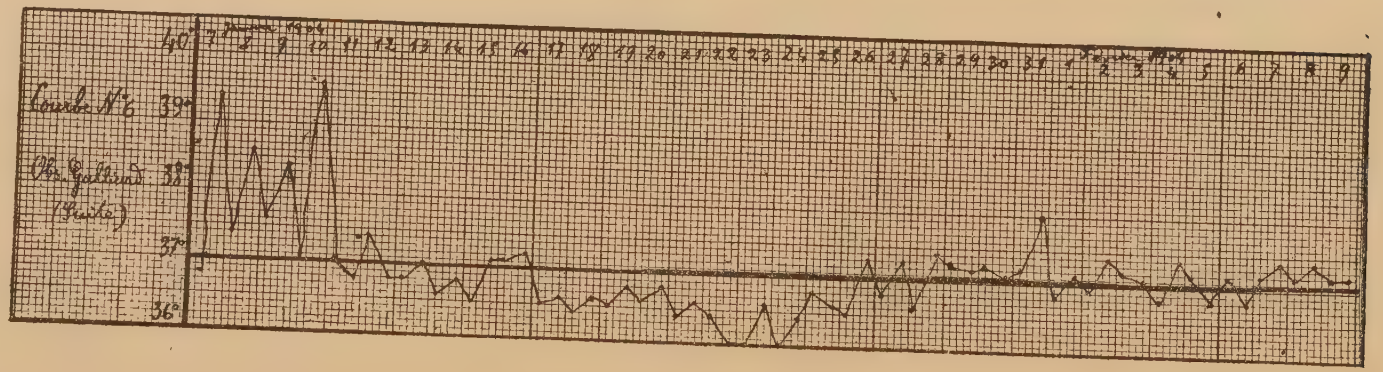
Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de vomissements.

Vers la fin d'octobre, nous sacrifions un cobaye qui a reçu dans le péritoine le 14 septembre 1 centimètre cube du sang de la malade ; ce cobaye ne porte aucune lésion tuberculeuse du péritoine.

Le 1er novembre, 38° et 40°2. On note ensuite pendant trois semaines des oscillations analogues.

Les douleurs appendiculaires nécessitent l'application presque ininterrompue du sac de glace. Pas d'empâtement de la région de l'appendice. Pas de réaction péri-


40°
39°
38°
37°
36°
Courbe N°6
Dr Gallard


40°
39°
38°
37°
36°
Courbe N°6
Dr Gallard
(Paris)

tonéale cliniquement appréciable. Les organes génitaux sont indemnes.

Aucun stigmate d'hystérie.

Il faut admettre une appendicite. Mais, comme elle coïncide d'après moi avec des lésions probablement assez étendues de tuberculose intestinale, je ne puis me résoudre à proposer l'opération.

Pendant le mois de décembre, répétition des crises diarrhéiques toujours sans vomissements; même fièvre; d'abord 39°, puis 40° tous les soirs avec d'importantes rémissions matinales.

Pas de dénutrition marquée. Pas d'aggravation pulmonaire,

Je me décide le 2 janvier 1904 à faire passer la malade dans le service de M. Michaux, qui, après des examens réitérés, l'opère le 11 janvier.

Intégrité absolue du péritoine. L'intestin n'offre aucune lésion appréciable. Quant à l'appendice, qu'on enlève, il est parfaitement libre et en position normale.

Or le soir, au lieu de s'élever à 39°6 comme la veille, la température se maintient à 36°8. Le lendemain 36°8 et 37°. Donc la fièvre n'existe plus. Une seule fois, pendant la nuit, on note 39°, mais ensuite l'apyrexie persiste. Jusqu'à la fin du mois la température se maintient à 37° et au-dessous.

D'ailleurs le rétablissement s'accomplit avec rapidité. La diarrhée, qui s'était manifestée pendant quelques jours après l'opération, disparaît. L'appétit est satisfaisant. Le 9 février, la malade regagne son poids de 48 kilogrammes précédemment noté.

Je l'ausculte à ce moment, elle présente toujours du souffle et des craquements humides au sommet droit; mais elle n'a ni toux, ni expectoration.

Le 19 février 1904, elle part en convalescence.

Examen histologique de l'appendice. — Longueur 9 centimètres, consistance un peu supérieure à la normale. Par une section transversale, on constate à l'œil nu que la cavité n'existe plus ; elle paraît oblitérée par l'hypertrophie de la muqueuse.

Les coupes montrent, au microscope, que la séreuse péritonéale est indemne. En un point de la périphérie, existent quelques travées de tissu fasciculé qui répondent probablement à l'insertion du méso-appendice et contiennent des leucocytes disséminés.

La couche musculaire interne paraît augmentée d'épaisseur.

La sous-muqueuse est très hypertrophiée, très dense, constituée surtout par des faisceaux fibreux ; elle envoie dans la muqueuse des prolongements irréguliers.

La muqueuse forme un énorme bourrelet, d'épaisseur variable, contenant des follicules clos hypertrophiés et de volumineuses glandes. Mais ce qui frappe surtout c'est de la voir envahie complètement par les leucocytes qui se disposent en amas et en nappes assez considérables pour masquer partout son stroma, de telle manière qu'on croirait avoir sous les yeux la pulpe splénique.

Pas d'abcès, pas d'ulcération de la muqueuse.

Rien ne permet de découvrir une lésion tuberculeuse.

En résumé : appendicite chronique manifeste, mais plus histologique que clinique.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite chronique à symptomatologie pseudotuberculeuse est une forme clinique isolée depuis peu (1911).

II. — Elle est cliniquement caractérisée par la latence des signes appendiculaires et par l'apparition de signes anormaux simulant la tuberculose : toux, pâleur, asthénie, douleurs thoraciques, amaigrissement et fièvre.

III. — On peut rencontrer chez les appendiculaires divers types de fièvre :

1° De petites poussées subaiguës survenant à intervalles variables.

2° Une fièvre chronique qui peut se prolonger pendant des mois avec des oscillations régulières et de faible amplitude, entre 37° et 38°.

3° Plus rarement le type inverse, ou de grandes oscillations irrégulières.

Cette fièvre s'accompagne d'un malaise constant ; elle est accrue par la fatigue et la suralimentation ; elle rétrocède après l'appendicectomie.

IV. — Le diagnostic des formes pseudotuberculeuses est souvent très délicat. Il est établi :

1° Par l'existence de phénomènes intestinaux, légers ou passagers, ou anciens, et que l'on retrouve à l'interrogatoire.

2° Par l'examen systématique de l'abdomen chez tous les malades qui font de la fièvre chronique.

3° Par les particularités que présentent presque tous les symptômes, et notamment la fièvre.

V. — La fièvre appendiculaire se distingue de la fièvre tuberculeuse en ce que :

1° Elle s'accompagne de sensations pénibles, tandis que la fièvre tuberculeuse est latente.

2° Elle ne s'accompagne pas de sueurs nocturnes.

3° Elle est augmentée par la fatigue mais ne disparaît par aucun traitement hygiénique ou diététique.

4° Elle est plus régulière, et se prolonge plus longtemps sans s'accompagner de signes stéthoscopiques nets.

5° Elle rétrocède par l'appendicectomie.

VI. — Cette fièvre peut être attribuée :

1° A la résorption de produits toxiques, d'origine intestinale ou appendiculaire (intoxication stercorale), ou à la résorption de toxines microbiennes d'origine appendiculaire.

2° A la coexistence de lésions pharyngées d'adénoïdite chronique.

3° Si le diagnostic est fermement établi, on ne peut incriminer les lésions bacillaires associées.

BIBLIOGRAPHIE

Beaugendre. — Appendicite et tuberculose, leurs rapports réciproques (Th. Paris, 1914).

Brun. — Appendicite chronique (Presse médicale, 30 mars 1898).

Brunon. — Œdème pulmonaire simulant la tuberculose (Presse médicale, 3 mai 1911).

— Appendicite chronique ou tuberculose (Bulletin médical, 1911, p. 971).

Chambord. — Etiologie et pathogénie de l'appendicite (Th. Lyon, 1899).

Charrin et Gouget. — Pseudotuberculose localisée sur l'appendice (Société de biologie, 1897).

Claisse. — Appendicite chronique et tuberculose (Soc. méd. des hôpitaux, 3 février 1911).

Comby. — Formes frustes chroniques de l'appendicite (Soc méd. des hôpitaux, 1903).

— Un cas instructif d'appendicite chronique (Soc. méd. des hôpitaux, 1905).

— Appendicite chronique à forme larvée chez l'enfant (Soc. méd. des hôpitaux, 1906).

— Formes de l'appendicite chronique chez l'enfant (Soc. méd. des hôpitaux, 1908).

— Un cas d'appendicite simulant la tuberculose (Soc. méd. des hôpitaux, 26 janvier 1911).

Cotar. — Appendicite larvée (Th. Paris, 1901).

Delacour. — Le syndrome adénoïdien, 1904, p. 173.

Delagenière. — Manifestations asthmatiqnes de l'appendicite (Congrès de chirurgie, 1911).

Duvergey. — Recherches sur l'influence hépatique dans l'appendicite (Paris médical, 16 mai 1913).

Euzière. — Les complications pulmonaires de l'appendicite (Montpellier médical, 14 novembre 1909).

Faisans. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 2 février 1911, n° 3, p. 62).

Forgue. — Occlusion segmentaire ou totale dans l'appendicite chronique (24e Congrès français de chirurgie, 2-7 octobre 1911).

Galliard. — Fièvre hectique jugulée par l'ablation de l'appendice, chez une tuberculeuse (Soc. méd. des hôpitaux, 4 mars 1904).

Gayet et Croisier. — Syndrome appendiculaire et tuberculose (Lyon chirurgical, 1er mai 1910).

Gérart-Marchand. — Adénite dans l'appendicite (Société de chirurgie, 1900).

Guinard. — Des appendicites inconnues (Journal des praticiens, 1908).

Leudet. — Archives générales de médecine, 1859, t. II, p. 129.

Leven. — L'appendicite et les erreurs de diagnostic (Soc. de thérapeutique, 14 juin 1911).

Liégault. — Diagnostic de l'appendite chronique simulant la tuberculose pulmonaire (Th. Paris, 1911-1912).

Massary (De). — Appendicite et tuberculose (Soc. méd. des hôp., 31 mars 1911).

— Appendicite chronique simulant la tuberculose (Monde médical, 25 juin 1912).

Mériel. — Appendicite chronique et tuberculose (Soc. de médecine de Toulouse, 1912. — Presse médicale, 6 mars 1912).

Mirande. — Syndrome appendiculaire sans lésions appendiculaires dans les affections thoraciques (Th. Paris, 1900).

Mutel. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires (Th. Paris, 1912).

Pesquerel. — Appendicite chronique (Th. Paris, 1900).

Pinault. — Appendicite chronique et pseudotuberculose (Th. Paris, 1912).

Rastouil. — Appendicite chronique (Th. Paris, 1901).

Renon. — Diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire chronique (Paris, 1906).

Reclus. — Appendicite chronique d'emblée (Gaz. des hôpitaux, mars 1909, n° 119).

Régnier. — Para-appendicites (Soc. de chirurgie, 1900).

Rocher. — Appendicite chronique à forme asthmatique (Th. Paris, 1912).

Sainte-Marie Dodeuil. — Tuberculose et appendicite (Th. Paris, 1906).

Sergent. — Appendice et tuberculose (Presse médicale, 19 novembre 1910).

— Appendicite chronique et tuberculose (Soc. méd. des hôp., 3 février 1911).

Siredey. — Appendicite chronique et tuberculose (Soc. méd. des hôpitaux, 26 janvier 1911).

— Formes frustes de l'appendicite chronique (Soc. méd. des hôpitaux, 1913).

Silhol. — Diagnostic de l'appendicite chronique (24e Congrès français de chirurgie, 2-7 octobre 1911).

Thiroloix. — Appendicite chronique et tuberculose (Soc. méd. des hôpitaux, 26 janvier 1911).

Tonarcly. — Appendicite chez les tuberculeux (Revue de méd. et de chir. de la Havane, 1908).

Triboulet. — A propos de certains détails de l'entérite mucomembraneuse chez l'enfant (Arch. de méd. des enfants, 1898, p. 129).

Tuffier et Jeanne. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 10 juin 1899).

Wagon. — Appendicite chronique d'emblée (Th. Paris, 1904).

WALTHER. — Appendicite chronique à évolution latente (Soc. de chirurgie, 1900).

— Appendicite et tuberculose (Soc. méd. des hôpitaux, 31 mars 1911).

— Appendicite à manifestations thoraciques (Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux, 15 février 1912).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 17 décembre 1915.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 17 décembre 1915.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!